



UNIVERSITÀ DI PISA

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Scuola di Specializzazione in Psichiatria

Tesi di Specializzazione

“I disturbi di personalità nella bulimia nervosa”

Relatore: Prof.ssa Liliana Dell'Osso
Co relatore: Dott. Bruno Pacciardi

Candidato: Dott. Francesco Botti

I Disturbi dell’Alimentazione

I Disturbi della Alimentazione sono caratterizzati da grossolane alterazioni del comportamento alimentar; essi comprendono, l’Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa. Caratteristico dell’Anoressia Nervosa è il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale. La Bulimia Nervosa è caratterizzata, invece, da ricorrenti episodi di “abbuffate” seguiti dall’adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso, come il vomito autoindotto, l’uso di lassativi, diuretici o altri farmaci; il digiuno o l’attività fisica praticata in maniera eccessiva.

Caratteristica essenziale comune ad entrambi i disturbi, Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, è la presenza di una alterata percezione del peso e della propria immagine corporea. I Disturbi della Alimentazione che non soddisfano i criteri di nessun specifico disturbo vengono classificati come Disturbi della Alimentazione Non Altrimenti Specificati.

La semplice obesità, inclusa nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) tra le condizioni mediche generali, non compare nella classificazione del DSM-IV, poiché non ne è stata accertata l’associazione costante con alcuna sindrome psicologica o comportamentale. Tuttavia, quando vi sono prove che qualche fattore psicologico abbia un ruolo nell’eziologia o nel decorso di un caso particolare di obesità, questo può essere indicato registrando i Fattori Psicologici Che Influenzano le Condizioni Mediche. I Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione Diagnosticati per la Prima Volta nell’Infanzia o nella Prima Fanciullezza (esempio Pica, Disturbo di Ruminazione, Disturbi della Nutrizione dell’Infanzia o della Prima Fanciullezza) fanno parte della sezione Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione dell’Infanzia o della Prima Fanciullezza.

Bulimia Nervosa

Criteri diagnostici per Bulimia Nervosa

A. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:

- 1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili
- 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.

D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Specificare il sottotipo:

Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Senza Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Introduzione

La Bulimia nervosa è stata descritta nel 1979 in un articolo intitolato “Bulimia nervosa: un'inquietante variante dell'anoressia nervosa” (Russell, 1979). In questo lavoro Russell descrive la bulimia nervosa come 'intrattabile'. Seguirono, negli anni immediatamente successivi i primi tentativi terapeutici in forma di psicoterapia CBT (Fairburn, 1981), e di psicofarmacoterapia (Pope & Hudson, 1982; Walsh et al., 1982). Da allora, la bulimia nervosa è stata oggetto di molte ricerche. Ci sono stati più di 60 studi randomizzati e controllati che hanno valutato una serie di trattamenti per la bulimia nervosa e le loro conclusioni sono sufficientemente coerenti.

Epidemiologia

I disturbi del comportamento alimentare sono ritenuti una delle prime cause di disabilità tra adolescenti e giovani adulti. Se non trattati in tempi e con metodi adeguati, possono diventare una condizione permanente e nei casi gravi portare alla morte, che solitamente avviene per suicidio o per arresto cardiaco.

Secondo la American Psychiatric Association, sono la prima causa di morte per malattia mentale nei paesi occidentali. Negli Stati Uniti, infatti, le associazioni mediche che si occupano di disordini alimentari non esitano a definirli una vera e propria epidemia.

La frequenza della Bulimia Nervosa sembra essere simile nella maggior parte dei paesi industrializzati, come Stati Uniti, Canada, Europa, Australia, Giappone, Nuova Zelanda e Sud Africa. Scarsi sono i dati a disposizione per quanto riguarda altre culture.

Sia nei campioni provenienti dalla popolazione generale che in quelli di studi clinici, circa il 90% dei casi di Bulimia Nervosa si sviluppano nelle donne. Sembra che negli individui di sesso maschile con Bulimia Nervosa vi sia una maggior prevalenza di obesità nella fase premorbosa.

Nei paesi occidentali la prevalenza stimata nella popolazione generale è compresa tra 0,2 e 0,6% per l'anoressia e 0,5 e 1,8% per la bulimia.

La prevalenza è maggiore nelle aree a più alto grado di urbanizzazione e in alcune popolazioni considerate a rischio: studentesse, ballerine, atlete, indossatrici.

Il binge eating disorder, raro nella popolazione generale, è invece frequentemente riscontrato tra i soggetti obesi.

Pochi studi sono in grado di fornire stime circa la diffusione dei DCA atipici e stime di

prevalenza lifetime.

I DCA possono manifestarsi in persone di diverse età, sesso, provenienza sociale, ma sono solitamente più comuni in giovani in età compresa tra i 15 e i 25 anni; l'età di comparsa è tra i 15 e 19 anni per l'anoressia e tra i 20 e i 24 per la bulimia.

Il sesso femminile risulta più frequentemente colpito, con un rapporto femmine/maschi di 10:1 per l'anoressia e di 30:1 per la bulimia.

I DCA, nella maggioranza degli studi, appaiono avere bassa incidenza; occorre considerare, tuttavia, che solo una piccola percentuale dei soggetti affetti giunge all'osservazione dello specialista. Appare allora evidente la difficoltà nell'esecuzione di studi epidemiologici realmente rappresentativi.

In Italia, infatti, gli studi che analizzano gli aspetti epidemiologici dei disturbi alimentari sono pochi e difficilmente confrontabili, anche per problemi riguardanti un diverso grado di standardizzazione per età; i dati finora pubblicati non consentono quindi di avere una panoramica completa della diffusione dei DCA nella popolazione.

Secondo quanto riportato dalla Regione Toscana in uno studio del 2005, i disturbi del comportamento alimentare coinvolgono approssimativamente due milioni di giovani: su 100 adolescenti circa 10 ne soffrono; di questi 1-2 presentano forme conclamate e più gravi come l'Anoressia e la Bulimia mentre gli altri hanno manifestazioni cliniche transitorie e incomplete.

Dati aggiornati a novembre del 2006, forniti dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, la prevalenza dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa in Italia sarebbe rispettivamente dello 0.2%-0.8% e dell'1%-5%, in linea con quanto riscontrato in molti altri paesi.

Una ricerca seguita dall'ABA, (Associazione Italiana per la cura e la prevenzione di Anoressia e Bulimia), condotto dalla Prof. A.M. Speranza, stima pari a 0.5-1.0% la prevalenza dell'Anoressia Nervosa in Italia; pari a 1%-3% la prevalenza della Bulimia e pari al 5-15% quella dei disturbi sottosoglia o subclinici. Lo stesso studio stima che il 95.9% delle persone affette siano donne e solo il 4.1% uomini. In uno studio retrospettivo effettuato in Liguria il numero di donne affette risulta sei volte superiore al numero di uomini (Sukkar SG, 2005).

Uno studio di Favaro A. e coll. fornisce uno spaccato della diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est Italiano con dati epidemiologici concordanti con la letteratura internazionale e probabilmente estendibili alla realtà della maggior parte del nostro paese. Lo studio, condotto su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti in due aree contigue della provincia di Padova stimava per l'Anoressia Nervosa

una prevalenza puntuale dello 0.3% ed una prevalenza nell'arco di vita del 2.0%. La prevalenza puntuale della Bulimia era dell' 1.8% mentre quella nell'arco di vita del 4.6%. Le forme di Anoressia sottosoglia registravano una prevalenza puntuale dello 0.7% e una prevalenza life-time del 2.6% mentre le forme atipiche di Bulimia raggiungevano una prevalenza puntuale del 2.4% e una prevalenza nell'arco di vita del 3.1%. La prevalenza di tutti i disturbi del comportamento alimentare nel campione era infine pari al 5.3%. Uno studio analogo è stato effettuato in una provincia Toscana da Faravelli e colleghi riportando valori di prevalenza nell'arco di vita decisamente inferiori a quelli di Favaro: 1.21% per tutti i disturbi del comportamento alimentare, di cui 0.42% l'Anoressia Nervosa, 0.32% Bulimia Nervosa, 0.32% disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) e 0.32% disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati. La diversità dei dati raccolti è attribuibile al tipo di campione costituito da 2355 rappresentanti della popolazione con età superiore ai 14 anni.

Manifestazioni Cliniche della Bulimia Nervosa

Le manifestazioni essenziali della Bulimia Nervosa sono: presenza di abbuffate e di metodi compensatori per prevenire il conseguente aumento di peso. Di norma i livelli di autostima sono, nei soggetti con Bulimia Nervosa, eccessivamente condizionati dalla forma e dal peso corporeo.

Per giustificare la diagnosi, il soggetto deve avere un minimo di due episodi di abbuffate e di comportamenti compensatori inappropriati alla settimana per almeno tre mesi (criterio C).

Una abbuffata, o crisi bulimica, è definita come l'ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo più grande rispetto a quanto la maggioranza degli individui assumerebbe in circostanze simili (criterio A1). È necessario valutare, il contesto in cui l'episodio avviene, ovvero ciò che è considerato una quantità eccessiva per un pasto in un giorno comune, può essere normale durante una ricorrenza o una festività. Per un "determinato periodo di tempo", si fa riferimento ad un periodo limitato, in genere minore di due ore.

Ogni singolo episodio di abbuffata non deve avvenire necessariamente in un unico contesto: l'abbuffata può iniziare al ristorante e concludersi a casa. Non può essere considerata una abbuffata il continuo "spiluccare" piccole quantità di cibo durante l'arco della giornata.

Sebbene il tipo di cibo assunto durante l'abbuffata vari ampiamente, generalmente comprende cibi ipercalorici, solitamente dolci, come gelato o torte. Comunque, ciò che sembra caratterizzare l'abbuffata è soprattutto la anomalia nella quantità del cibo piuttosto che la compulsione verso un alimento specifico, ad esempio, i carboidrati.

Sebbene l'ammontare delle calorie complessivamente assunte durante l'abbuffata sia di gran lunga maggiore rispetto al pasto normale di una persona senza Bulimia Nervosa, il rapporto tra le percentuali di proteine, grassi e carboidrati è simile.

I soggetti con Bulimia Nervosa tipicamente si vergognano delle loro abitudini alimentari patologiche e tentano di nasconderle. Le crisi bulimiche avvengono in solitudine: quanto più segretamente possibile. L'episodio può essere più o meno pianificato, ed è di solito caratterizzato (anche se non sempre) dalla rapidità dell'ingestione del cibo. L'abbuffata spesso continua sinché l'individuo non si sente "così pieno da star male", ed è precipitata da stati di umore disforico, condizioni interpersonali di stress, intensa fame a seguito di una restrizione dietetica, oppure da sentimenti di insoddisfazione relativi al peso, la forma del corpo o il cibo. Durante l'abbuffata vi può essere una transitoria riduzione della disforia, ma spesso fanno seguito umore depresso e spietata autocritica.

Una crisi bulimica è inoltre accompagnata da sensazione di perdere il controllo (criterio A2). Un individuo può esperire un senso di estraneamento durante l'abbuffata specialmente nelle fasi precoci del disturbo: alcuni riferiscono l'abbuffata come una sorta di esperienza di derealizzazione. Nelle fasi più tardive della Bulimia Nervosa, può venire meno la sensazione soggettiva di acuta perdita del controllo durante la crisi, che si manifesta invece come incapacità di resistere all'impulso della crisi o di interromperla una volta iniziata. La perdita di controllo associata alle abbuffate nella Bulimia Nervosa non è assoluta: il soggetto può continuare l'abbuffata a dispetto del telefono che squilla, ma interromperla bruscamente se il coniuge o il compagno di stanza entra inaspettatamente nella stanza.

Un'altra caratteristica essenziale della Bulimia Nervosa è il frequente ricorso a inappropriati comportamenti compensatori per prevenire l'incremento ponderale (criterio B). Molte persone con Bulimia Nervosa mettono in atto diversi comportamenti tesi a neutralizzare gli effetti dell'abbuffata: tra i metodi, quello più frequentemente adottato è l'autoinduzione del vomito. Questa condotta di eliminazione è presente nell'80-90% dei soggetti con Bulimia Nervosa in cura presso centri specializzati per i Disturbi della Alimentazione. Il vomito riduce la sensazione di malessere fisico, oltre alla paura di ingrassare. In alcuni casi il vomito rappresenta l'effetto ricercato: la persona si abbuffa per poter vomitare, oppure vomita anche per piccole quantità di cibo. I soggetti

con Bulimia Nervosa possono adoperare diversi stratagemmi per indursi il vomito, come l'uso delle dita o di altri strumenti per scatenare il riflesso del vomito attraverso la stimolazione del faringe. In genere, nelle fasi avanzate del disturbo questi soggetti riescono a vomitare a comando. Raramente viene fatto uso di emetici, come lo sciroppo di ipecacuana. Altre condotte di eliminazione sono rappresentate dall'uso inappropriato di lassativi e diuretici; l'uso di lassativi è presente in un terzo dei soggetti con Bulimia Nervosa. Raramente è presente anche uso di clisteri subito dopo l'abbuffata, ma non è mai la sola condotta di eliminazione.

Altre misure compensatorie per le abbuffate sono il digiuno nei giorni successivi o l'esercizio fisico eccessivo. L'attività fisica è considerata eccessiva quando interferisce con altre importanti attività, quando avviene ad orari o in luoghi inusuali, o quando viene praticata nonostante le precarie condizioni fisiche. Raramente viene fatto uso di ormoni tiroidei per accelerare il metabolismo ed evitare l'aumento di peso. I soggetti con diabete mellito insulino-dipendente e Bulimia Nervosa possono non assumere o ridurre l'insulina per diminuire il metabolismo del cibo ingerito durante l'abbuffata.

Gli individui con Bulimia Nervosa pongono una inappropriata enfasi sulla forma e sul peso del corpo per la valutazione di sé, e questi fattori condizionano decisamente i livelli di autostima (Criterio D). Il terrore di ingrassare, il desiderio di perdere peso, il livello di insoddisfazione per il proprio aspetto fisico sono sovrapponibili a quelli dei soggetti con Anoressia Nervosa. In ogni caso non è giustificata la diagnosi di Bulimia Nervosa se il disturbo si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa (Criterio E).

In base alla presenza/assenza di regolari condotte di eliminazione per compensare l'abbuffata, possono essere utilizzati i seguente sottotipi:

Con Condotte di Eliminazione: i soggetti appartenenti a questo sottotipo presentano regolarmente nell'episodio attuale vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

Senza Condotte di Eliminazione: in questi casi sono assenti vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici od enteroclismi, mentre sono presenti altri comportamenti compensatori inappropriati quali il digiuno e l'attività fisica praticata in maniera eccessiva.

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati I soggetti con Bulimia Nervosa sono di solito nei limiti normali del peso sebbene alcuni possano essere lievemente sottopeso o sovrappeso.

Spesso è presente un'anamnesi di sovrappeso precedente all'esordio del disturbo.

Tipicamente questi soggetti tra le abbuffate riducono la loro alimentazione, preferendo cibi a basso contenuto calorico (dietetici), ed evitando invece quegli alimenti che, secondo loro, possono far ingrassare o scatenare l'abbuffata.

Vi è in questi individui una aumentata incidenza di sintomi depressivi (es. ridotta autostima) o di Disturbi dell'Umore (in particolare Distimia e Depressione Maggiore, Episodio Singolo e Ricorrente). In molti, o nella maggior parte, il Disturbo dell'Umore segue o concomita con lo sviluppo della Bulimia Nervosa, e questi ascrivono il disturbo dell'umore alla Bulimia Nervosa, ma in alcuni la precede chiaramente. Vi è inoltre una aumentata frequenza di sintomi d'ansia (es. paura nelle situazioni sociali), o di Disturbi d'Ansia. I Disturbi d'Ansia e dell'Umore frequentemente recedono dopo efficace trattamento della Bulimia Nervosa. L'uso di stimolanti spesso inizia durante un tentativo di controllare l'appetito ed il peso. Una buona parte dei soggetti con Bulimia Nervosa hanno probabilmente tratti personologici che incontrano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità.

Studi preliminari suggeriscono un maggiore numero di sintomi depressivi ed una maggiore preoccupazione per la forma fisica e per il peso corporeo nei soggetti con Bulimia Nervosa nel sottotipo Con Condotte di Eliminazione rispetto a quello Senza.

Complicanze mediche non psichiatriche

Il frequente ricorso a condotte di eliminazione può produrre alterazioni dell'equilibrio elettrolitico e dei fluidi, tra cui i più frequenti sono: ipopotassiemia, iponatriemia, ipocloremia.

La perdita di succo gastrico acido attraverso il vomito può produrre alcalosi metabolica (aumento del bicarbonato sierico), mentre l'abuso di lassativi per indurre diarrea può provocare acidosi metabolica. Alcuni individui con Bulimia Nervosa presentano una lieve elevazione dell'amilasi nel siero, probabilmente legata all'incremento dell'isoenzima salivare.

Il vomito ripetuto può condurre alla perdita dello smalto dentale, specialmente a livello delle superfici linguali dei denti incisivi: l'aspetto è quello di un dente scheggiato, intaccato, e "tarlato". Inoltre si può avere un aumento della frequenza delle carie. In alcuni individui le ghiandole salivari, in special modo le parotidi, possono marcatamente ingrossarsi. Coloro che si autoinducono il vomito per stimolazione del faringe, possono presentare callosità o cicatrici sul dorso della mano, provocate dal continuo sfregamento

contro l'arcata dentaria. Sono state descritte gravi miopatie a carico sia del muscolo cardiaco che della muscolatura scheletrica negli individui che ricorrevano frequentemente all'ipocacuana come emetico.

Tra gli individui di sesso femminile con Bulimia Nervosa sono talvolta presenti irregolarità del ciclo mestruale o amenorrea: è ancora da determinare se tali alterazioni siano in rapporto all'instabilità del peso corporeo, a carenze nutrizionali, od allo stress emotivo. Vi può essere inoltre dipendenza da lassativi in coloro che ne abusano cronicamente. Talvolta gli squilibri indotti dal frequente ricorso a condotte di eliminazione sono così gravi da costituire un grave problema medico. Complicanze rare, ma potenzialmente fatali, sono le lacerazioni esofagee, la rottura gastrica e le aritmie cardiache. Fra i soggetti con questo disturbo è stato riportato anche il prolasso rettale. Confrontati con i soggetti con Bulimia Nervosa, Tipo Senza Condotte di Eliminazione, quelli con il Tipo con Condotte di Eliminazione possono avere più facilmente problemi fisici quali le alterazioni dei fluidi e degli elettroliti.

Decorso

La Bulimia Nervosa di solito esordisce nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. Le abbuffate iniziano in genere durante o dopo un periodo di restrizioni dietetiche. Una condotta alimentare disturbata persiste per parecchi anni in una alta percentuale di campioni clinici. Il decorso può essere cronico od intermittente con fasi di remissione alternate a fasi di ricomparsa delle abbuffate. Comunque, in un follow-up a lungo termine, i sintomi di molti soggetti sembrano diminuire. Periodi di remissione più lunghi di 1 anno sono associati con un migliore esito a lungo termine.

Numerosi studi hanno suggerito una maggiore frequenza di Bulimia Nervosa, Disturbi dell'Umore nei familiari di primo grado di soggetti con Bulimia Nervosa. Sembra vi sia anche una tendenza familiare verso l'obesità, ma questo non è stato chiaramente accertato. Nel caso in cui le abbuffate si manifestino solo durante episodi di Anoressia Nervosa è giustificata la diagnosi di Anoressia Nervosa, sottotipo Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione, e non dovrebbe essere fatta la diagnosi aggiuntiva di Bulimia Nervosa. Nel caso in cui siano presenti abbuffate, ma il soggetto non soddisfi più tutti i criteri per l'Anoressia Nervosa, sottotipo Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione (ad esempio quando il peso è adeguato o quando il ciclo mestruale è tornato regolare), è a discrezione del clinico se la diagnosi più appropriata sia quella di Anoressia Nervosa sottotipo Con

Abbuffate/Condotte di Eliminazione, in remissione parziale, o di Bulimia Nervosa.

In certi disturbi neurologici o condizioni mediche generali come la sindrome di Klein-Levine, vi sono modalità abnormi di alimentazione, ma mancano le caratteristiche psicologiche della Bulimia Nervosa, come l'eccessiva preoccupazione per la forma ed il peso corporeo.

È comune nel Disturbo Depressivo Maggiore Con Manifestazioni Atipiche la iperfagia, in assenza però di misure compensatorie inappropriate e di polarizzazione eccessiva sulla forma o sul peso corporeo.

Se il soggetto soddisfa i criteri di entrambi i disturbi, è giustificata la doppia diagnosi. Le abbuffate rappresentano una delle manifestazioni del comportamento impulsivo nel Disturbo Borderline di Personalità. Se risultano completamente soddisfatti i criteri dei due disturbi, dovrebbero essere formulate entrambe le diagnosi.

Terapia

Le persone affette da bulimia nervosa hanno un aumentato rischio di autolesionismo, dunque è d'obbligo considerare i possibili usi impropri, l'indice terapeutico e i possibili effetti avversi dei farmaci utilizzati in terapia; ovvero particolare attenzione deve essere prestata con l'uso dei tricyclici e degli iMAO. Essendo la Bulimia nervosa una patologia appannaggio, in buona parte, del sesso femminile, particolare attenzione deve essere posta nell'accertamento preliminare dello stato di gravidanza. Pochissimi sono i farmaci consigliato per bambini e adolescenti di età inferiore ai 18 anni.

Nella pratica clinica, è stato spesso riscontrato che l'efficacia di un singolo principio attivo è scarsamente sostenuta ed è spesso necessario passare farmaco nel tentativo di mantenere la remissione. Il farmaco più comunemente prescritto in prima istanza è la fluoxetina al dosaggio di 60 mg/die,

Vi è limitata evidenza che suggerisce esistere una differenza clinicamente significativa tra antidepressivi e placebo, con antidepressivi superiori in termini di remissione da binge eating / purging (definita come la cessazione del binge eating / purging).

Vi è una forte evidenza a favore degli antidepressivi rispetto al placebo nper quanto riguarda il miglioramento clinico (definita come almeno 50 per cento riduzione della frequenza di binge eating)

Questo vale, in generale, seppure con diversi gradi di evidenza, per gli SSRi, i tricyclici e

gli iMAO, le differenze maggiori si osservano in termini di tollerabilità.

Gli antidepressivi SSRI vengono spesso impiegati come trattamento di prima linea in ragione dell'efficacia e della maneggevolezza

Anoressia Nervosa

Criteri diagnostici per Anoressia Nervosa

A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.

C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni.)

Specificare il sottotipo:

Con Restrizioni: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Epidemiologia

La prevalenza dell'Anoressia Nervosa sembra essere di gran lunga maggiore nei paesi industrializzati, dove vi è abbondanza di cibo, ed in cui, specialmente per il sesso femminile, è enfatizzato il valore della magrezza. Questo disturbo sembra essere di comune riscontro negli Stati Uniti d'America, Canada, Europa, Australia, Giappone, Nuova Zelanda e Sud Africa, per quanto non vi siano dati certi per quanto riguarda le altre culture. Gli immigrati da culture in cui la frequenza del disturbo è bassa verso paesi a prevalenza maggiore, possono sviluppare Anoressia Nervosa mano a mano che assimilano il valore conferito alla magrezza. Inoltre fattori culturali possono condizionare le modalità di presentazione del disturbo. Ad esempio, in alcune culture la distorsione dell'immagine corporea o la paura di aumentare di peso possono non essere l'aspetto prevalente, e possono venire addotte, per giustificare la restrizione calorica, motivazioni quali malessere epigastrico o disgusto per il cibo.

L'Anoressia Nervosa raramente insorge prima della pubertà, ma sembra comunque che, nei casi ad esordio in epoca prepuberale, il quadro clinico sia più grave per i disturbi mentali associati. I dati disponibili evidenziano come la prognosi sia migliore quando il disturbo si manifesta nella prima adolescenza (tra i 13 ed i 18 anni). Più del 90% dei casi di Anoressia Nervosa si sviluppano nel sesso femminile.

La prevalenza lifetime della Anoressia Nervosa fra le donne è di circa lo 0,5%. Sembra che un disturbo subclinico (ad esempio un Disturbo della Alimentazione Non Altrimenti Specificato) sia di più frequente riscontro. La prevalenza dell'Anoressia Nervosa fra i maschi è circa un decimo di quella fra le femmine. Negli ultimi decenni sembra essersi verificato un incremento di incidenza dell'Anoressia Nervosa.

L'Anoressia Nervosa tipicamente inizia dalla media alla tarda adolescenza (14-18 anni). Il disturbo si presenta raramente in donne oltre i 40 anni. Spesso è presente un evento della vita stressante, come lasciare casa per trasferirsi all'università, in collegamento con l'esordio del disturbo. L'evoluzione e gli esiti dell'Anoressia Nervosa sono estremamente variabili; in alcuni casi, ad un episodio di Anoressia Nervosa fa seguito una completa remissione; in altri, fasi di remissione, con recupero del peso corporeo, si alternano a fasi di riacutizzazione. Altri ancora presentano un'evoluzione cronica, con progressivo deterioramento nel corso degli anni. Con il tempo, in particolare nei primi 5 anni dall'esordio, una buona parte dei soggetti con il Tipo con Restrizioni dell'Anoressia

Nervosa sviluppa abbuffate, che indicano un cambiamento verso il sottotipo Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione. Un marcato cambiamento nel quadro clinico (per es., aumento di peso più la presenza di abbuffate e di condotte di eliminazione) può eventualmente giustificare un cambiamento nella diagnosi a Bulimia Nervosa. Può rendersi necessario il ricovero in ambiente ospedaliero per il ripristino del peso corporeo o la correzione di squilibri elettrolitici. Tra i soggetti ricoverati presso strutture universitarie, la mortalità a lungo termine per Anoressia Nervosa è maggiore del 10%. Il decesso si verifica in genere in rapporto alla denutrizione, agli squilibri elettrolitici, a suicidio.

Il rischio di sviluppare Anoressia Nervosa è maggiore nei familiari di primo grado di individui con Anoressia Nervosa. È stato inoltre riscontrato un aumentato tasso di Disturbi dell'Umore nei familiari di primo grado di soggetti con Anoressia Nervosa, specialmente se appartenenti al sottotipo con Abbuffate/Condotte di Eliminazione. Nei gemelli la concordanza per Anoressia Nervosa è significativamente maggiore negli omozigoti rispetto ai dizigoti.

È necessario prendere in considerazione altre patologie potenzialmente responsabili della marcata perdita di peso, specialmente in quei casi con presentazione atipica (es. casi con esordio oltre i 40 anni).

Manifestazioni cliniche

Le manifestazioni essenziali dell'Anoressia Nervosa sono: rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale, intenso timore di acquistare peso, presenza di una alterazione dell'immagine corporea per ciò che riguarda forma e dimensioni

corporee. Inoltre nel sesso femminile, in epoca post-puberale, vi è amenorrea (il termine anoressia è inappropriato poiché è rara la perdita di appetito).

L'individuo mantiene un peso corporeo al di sotto di quello minimo normale per l'età e l'altezza (Criterio A). Quando l'Anoressia Nervosa si manifesta nella fanciullezza o nella prima adolescenza, può esserci incapacità di raggiungere il peso previsto (es. durante il periodo della crescita in altezza) piuttosto che perdita di peso. Nel criterio A viene fornito un limite di riferimento per stabilire se il soggetto in questione soddisfa o meno il criterio stesso: è considerato sottopeso un individuo con un peso corporeo al di sotto dell'85% del peso normale per età ed altezza (e questo viene calcolato in riferimento alle tabelle

utilizzate dalle Compagnie di Assicurazione per le polizze sulla vita o ai diagrammi di crescita pediatrici). In alternativa è possibile fare riferimento (come peraltro nei Criteri diagnostici ICD-10 per la ricerca) all'Indice di Massa Corporea (Body Mass Index, BMI, calcolato come rapporto tra peso in chilogrammi e quadrato dell'altezza espressa in metri), ponendo come limite minimo un BMI minore od uguale a 17,5 Kg/m². Questi valori vengono forniti in modo indicativo per il clinico poiché non è possibile determinare un peso minimo adeguato standard applicabile a tutti i soggetti di pari età ed altezza. È infatti importante valutare anche la costituzione e la storia anamnestica del peso corporeo di ogni singolo individuo nello stabilire un peso minimo normale. La perdita di peso è primariamente ottenuta tramite la riduzione della quantità totale di cibo assunta. Sebbene la restrizione calorica possa essere inizialmente limitata all'esclusione di cibi considerati ipercalorici, nella maggior parte dei casi questi soggetti finiscono per avere una alimentazione rigidamente limitata a poche categorie di cibi. In aggiunta possono essere messe in atto condotte di eliminazione (es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi e diuretici) o la pratica eccessiva di attività fisica, allo scopo di perdere peso. L'intensa paura di "diventare grassi", presente nei soggetti con questo disturbo (criterio B), non è solitamente mitigata dal decremento ponderale. Anzi, in molti casi la preoccupazione per il peso corporeo aumenta parallelamente alla perdita reale di peso. La percezione ed il valore attribuiti all'aspetto fisico ed al peso corporeo risultano distorti in questi soggetti (Criterio C). Alcuni si sentono grassi in riferimento alla totalità del loro corpo, altri pur ammettendo la propria magrezza, percepiscono come "troppo grasse" alcune parti del corpo, in genere l'addome, i glutei, le cosce. Possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso corporei, come pesarsi di continuo, misurarsi ossessivamente con il metro, o controllare allo specchio le parti percepite come "grasse".

Decorso

Nei soggetti con Anoressia Nervosa i livelli di autostima sono fortemente influenzati dalla forma fisica e dal peso corporeo. La perdita di peso viene considerata come una straordinaria conquista ed un segno di ferrea autodisciplina, mentre l'incremento ponderale viene esperito come una inaccettabile perdita delle capacità di controllo. Sebbene alcuni possano rendersi conto della propria magrezza, tipicamente i soggetti con questo disturbo negano le gravi conseguenze sul piano della salute fisica del loro stato di emaciazione.

L'amenorrea presente nei soggetti di sesso femminile in fase post-puberale con Anoressia Nervosa (legata a livelli patologicamente bassi di estrogeni circolanti dovuti ad una diminuita secrezione di FSH ed LH ipofisari) è la spia di una disfunzione endocrina. L'Amenorrea fa solitamente seguito al calo ponderale, ma, in una minoranza di soggetti, può precederlo. In epoca pre-puberale, il disturbo può condurre ad un ritardo della comparsa del menarca.

Il soggetto generalmente giunge all'osservazione medica, sotto pressione dei familiari, quando la perdita di peso (o l'incapacità di acquistarlo) si fa marcata. Se è il soggetto stesso a ricercare un aiuto professionale, di solito questo avviene per il disagio relativo alle conseguenze somatiche e psicologiche del disturbo; raramente gli individui con Anoressia Nervosa appaiono preoccupati per il dimagrimento di per sé. Spesso infatti manca la consapevolezza di malattia, oppure questa viene fermamente negata, cosicché gli individui con Anoressia Nervosa sono inaffidabili anche per la semplice raccolta anamnestica. È quindi necessario raccogliere informazioni o notizie dai familiari o da altre persone per valutare la reale entità della perdita di peso e le altre manifestazioni del disturbo.

In base alla presenza o meno nell'episodio attuale di regolari abbuffate o di condotte di eliminazione, si utilizzano i seguenti sottotipi:

Sottotipo con Restrizioni: in questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno o l'attività fisica eccessiva. Nell'episodio attuale il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.

Sottotipo Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione: appartengono a questa categoria i soggetti che nell'episodio attuale presentano regolarmente abbuffate e/o condotte di eliminazione. La maggior parte dei soggetti con Anoressia Nervosa che presentano abbuffate si dedicano anche a condotte di eliminazione attraverso il vomito autoindotto, o l'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi. In alcuni casi sono assenti le abbuffate, e l'individuo mette in atto queste metodiche anche per l'assunzione di modiche quantità di cibo. Sembra che la frequenza di questi comportamenti sia almeno settimanale nei soggetti appartenenti a questo sottotipo, ma i dati a disposizione non sono sufficienti per specificare una frequenza minima.

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati Quando sono marcatamente sottopeso, molti individui con Anoressia Nervosa possono presentare sintomi depressivi, come umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia, e diminuito interesse sessuale. Questi individui possono soddisfare i criteri per l'Episodio Depressivo Maggiore. Poiché l'insorgere di una fenomenica depressiva è stato riscontrato in individui normali

sottoposti a digiuno prolungato, anche in assenza di Anoressia Nervosa, molti dei sintomi depressivi presenti in questi individui possono essere secondari alle carenze alimentari ed alla perdita di peso. L'eventuale presenza di un Disturbo dell'Umore associato deve quindi essere valutata dopo il parziale o totale recupero del peso corporeo. Sono inoltre spesso presenti marcati sintomi ossessivo-compulsivi, relativi o meno al rapporto con il cibo: molti nei soggetti con Anoressia Nervosa presentano polarizzazione ideativa sul cibo, alcuni collezionano ricette od ammassano cibarie. Lo studio delle modalità di comportamento associate ad altre forme di inedia suggerisce come ossessioni e compulsioni incentrate sul cibo possano essere causate o esacerbate dalla denutrizione. Quando, in un soggetto con Anoressia Nervosa, sono presenti ossessioni e compulsioni estranee al tema del cibo, della forma fisica o del peso, può essere giustificata la diagnosi aggiuntiva di Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Altre manifestazioni che talora si associano all'Anoressia Nervosa sono: disagio nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, bisogno di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità nei rapporti interpersonali, perfezionismo e iniziativa ed espressività emotiva eccessivamente repressi. Una buona parte di soggetti con Anoressia Nervosa ha un'alterazione di personalità che soddisfa i criteri per almeno un Disturbo di Personalità. In rapporto ai soggetti con Anoressia Nervosa, sottotipo con Restrizioni, quelli appartenenti al sottotipo Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione presentano più frequentemente tendenza a problemi di controllo degli impulsi, abuso di alcoolici o di altre sostanze, labilità emotiva, oltre ad essere più attivi sul piano della sessualità, o hanno una maggiore frequenza di tentativi di suicidio in anamnesi e un'alterazione di personalità che soddisfa i criteri per il Disturbo Borderline di Personalità.

Complicanze mediche non psichiatriche

Sebbene alcuni individui con Anoressia Nervosa non presentino anomalie di laboratorio, la denutrizione caratteristica di questo disturbo può indurre numerose alterazioni nella maggior parte degli apparati ed organi. Gli squilibri indotti dalla pratica del vomito, dall'abuso di lassativi, diuretici e clisteri possono pure condurre a reperti di laboratorio anomali.

Reperti ematologici: leucopenia e lieve anemia sono un reperto comune, mentre più raro è il riscontro di piastrinopenia.

Reperti Biochimici: la disidratazione può condurre ad un aumento dell'azoto ureico nel sangue.

Frequente il riscontro di ipercolesterolemia. Gli indici di funzionalità epatica possono essere elevati. Occasionalmente si rilevano ridotte concentrazioni di Magnesio, Zinco, Fosfati ed iperamilasemia. Il vomito ripetuto può condurre ad alcalosi metabolica (per aumento dei bicarbonati plasmatici), ipocloremia ed ipopotassiemia, mentre l'abuso di lassativi può essere responsabile di una acidosi metabolica. I livelli ematici di T4 sono in genere ai limiti bassi della norma, mentre vi è una riduzione del T3.

Ipercorticosurrenalismo e risposte anomale ai test di provocazione delle funzioni neuroendocrine sono reperti comuni. Sono inoltre frequentemente presenti basse concentrazioni di estrogeni nelle femmine e di testosterone nei maschi. Vi è ancora in entrambi i sessi una regressione dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Gonadi, con un quadro di secrezione dell'LH sovrapponibile a quello tipico degli individui in fase puberale o prepubere.

Reperti elettrocardiografici si osservano bradicardia sinusale e, raramente, aritmie.

EEG: anomalie diffuse, connesse ad una encefalopatia metabolica, possono conseguire ai marcati squilibri dei fluidi e degli elettroliti.

Reperti neuroradiologici: si rileva spesso un aumento del rapporto spazi ventricolari/sostanza grigia cerebrale, secondario al digiuno.

Il Metabolismo basale è frequentemente è ridotto in modo significativo. Molti segni e sintomi dell'Anoressia Nervosa sono connessi alla estrema denutrizione. Oltre all'amenorrea, i soggetti possono lamentare stipsi, dolori addominali, intolleranza al freddo, letargia o eccesso di energia. Possono essere presenti marcata ipotensione, ipotermia e secchezza della cute. Alcuni individui sviluppano "lanugo", una fine e soffice peluria, sul tronco.

Molti soggetti con Anoressia Nervosa presentano bradicardia, alcuni hanno edemi periferici, più frequenti al momento del recupero del peso o alla sospensione dell'assunzione di lassativi e diuretici. Raramente petecchie alle estremità possono indicare una diatesi emorragica. In alcuni si evidenzia una colorazione gialla della cute associata ad ipercarotenemia. Può essere presente ipertrofia delle ghiandole salivari, principalmente delle parotidi. I soggetti che si dedicano alla pratica del vomito autoindotto possono manifestare erosioni dello smalto dentale, e cicatrici o callosità sul dorso delle mani, provocate dallo sfregamento contro l'arcata dentaria nel tentativo di provocare il vomito. Il quasi totale digiuno nell'Anoressia Nervosa e le condotte di eliminazione frequentemente associate possono risultare in significative condizioni

mediche generali associate, come anemia normocromica-normocitica, insufficienza renale (associata alla cronica disidratazione ed all'ipopotassiemia), alterazioni cardiovascolari (grave ipotensione, aritmie), problemi dentali ed osteoporosi (connessi al ridotto apporto ed assorbimento di calcio, alla ridotta produzione di estrogeni e all'aumento della secrezione di cortisolo).

Nelle condizioni mediche generali (malattie gastroenteriche, neoplasie cerebrali, carcinomi occulti, sindrome da immunodeficienza acquisita [AIDS]), a fronte di una grave perdita di peso, manca in genere un disturbo dell'immagine corporea, così come il desiderio di dimagrire ulteriormente. Inoltre, la sindrome dell'arteria mesenterica superiore (caratterizzata da vomito post-prandiale dovuto ad una ostruzione intermittente allo svuotamento gastrico), dovrebbe essere distinta dall'Anoressia Nervosa, sebbene i due disturbi possano associarsi a causa dell'emaciazione cui può condurre l'Anoressia Nervosa. Nel Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente) si può verificare un marcato decremento ponderale, non però intenzionale, ed inoltre manca il timore di ingrassare. Nella Schizofrenia possono essere presenti modalità bizzarre di alimentazione, e talora grave dimagrimento, senza tuttavia, nella maggioranza dei casi, la distorsione dell'immagine corporea e la paura del peso necessarie per la diagnosi di Anoressia Nervosa.

Alcune delle caratteristiche dell'Anoressia Nervosa possono soddisfare parte dei criteri per la Fobia Sociale, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo ed il Disturbo di Dismorfismo Corporeo. Vi può essere infatti imbarazzo o disagio nel mangiare in pubblico come nella Fobia Sociale. Possono essere presenti, come nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo, ossessioni e compulsioni correlate al cibo; oppure preoccupazioni riguardanti un difetto immaginario nell'aspetto fisico, come nel Disturbo di Dismorfismo Corporeo.

Se l'individuo con Anoressia Nervosa ha paure sociali che sono limitate al solo comportamento alimentare, la diagnosi di Fobia Sociale non dovrebbe essere fatta, ma fobie non correlate al comportamento alimentare (es. eccessiva paura di parlare in pubblico) possono giustificare una diagnosi aggiuntiva di Fobia Sociale. Similmente una diagnosi aggiuntiva di Disturbo Ossessivo-Compulsivo può essere fatta se sono presenti ossessioni e compulsioni che esulano dal cibo (per es. ossessioni di contaminazione); per la diagnosi addizionale di Disturbo di Dismorfismo Corporeo deve essere presente una tematica dimorfofobica non limitata ad una erronea percezione del corpo nella sua totalità o al peso (esempio, presenza di timore di avere il naso troppo grosso).

Nella Bulimia Nervosa sono presenti ricorrenti abbuffate, seguite da inappropriati comportamenti per evitare l'incremento di peso (per es. ricorso al vomito autoindotto), e

preoccupazioni per l'aspetto fisico ed il peso corporeo. Contrariamente agli individui con Anoressia Nervosa, sottotipo Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione, gli individui con Bulimia Nervosa riescono tuttavia a mantenere un peso corporeo maggiore o uguale a quello minimo normale.

Disturbi dell’Alimentazione Non Altrimenti Specificati

La categoria Disturbi della Alimentazione Non Altrimenti Specificati include quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico Disturbo della Alimentazione.

Gli esempi includono:

- 1) Per il sesso femminile, tutti i criteri dell’Anoressia Nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare.
- 2) Tutti i criteri dell’Anoressia Nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma.
- 3) Tutti i criteri della Bulimia Nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi.
- 4) Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti).
- 5) Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo.
- 6) Disturbo da Alimentazione Incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa

I Disturbi di Personalità

Il concetto di Personalità

Per Personalità si intende il modo di essere abituale, unico e caratteristico di quell'individuo.

In questo senso, la Personalità non risulta semplicemente una proprietà combinatoria di sottostanti determinanti neuropsichiatrici, ma piuttosto può essere considerata come una proprietà emergente da tali determinanti stessi. Nella letteratura si è spesso insistito sulla nozione secondo la quale il termine Personalità sia poco definibile in maniera ateoretica, ciò ha portato ad un certo scetticismo sul fondamento gnoseologico di tale concettualizzazione. Tuttavia è da notare che non tutto ciò che non è definibile in termini lessicali non esiste, questo è un primo bias; inoltre è da notare che spesso in psichiatria si è privilegiato al linguaggio formale quello naturale.

Comunemente, dal punto di vista psicopatologico, si considera la Personalità quale epifenomeno del carattere, ovvero dell'insieme dei tratti di personalità, cioè disposizioni biologiche di base a reagire secondo una preferenziale modalità in risposta a stimolazione adeguata, e del temperamento, ovvero la disposizione affettiva di base propria di quell'individuo.

In sintesi la Personalità, qualsiasi definizione se ne voglia dare, consiste in un ordine di struttura discreto di ciò che si intende per “funzionamento psichico”, presenta unitarietà semantica, complessità, nel senso che benchè sia formata da sottocomponenti, il suo funzionamento non può essere dedotto dal comportamento dei singoli moduli funzionali che la costituiscono.

Tratti di Personalità

Per “tratto” si intende una dimensione fenomenica della vita psichica determinata biologicamente. Si tratta, cioè, di una tendenza a mostrare configurazioni di pensieri, sentimenti, azioni, in risposta a stimoli adeguati, generati per via estrinseca o spontaneamente dal sistema biologico stesso.

Dal punto di vista formale, il tratto ha natura probabilistica nell'influenzare l'output mentale del soggetto, eppure, non siamo di fronte a una realtà volatile, nel senso che la presenza del tratto è determinata biologicamente, tuttavia sono usuali variazioni, spontanee o in risposta a cambiamenti della fisiologia dell'individuo, della “magnitudo”, cioè dell'intensità, con cui il tratto si manifesta.

Cambiamenti transitori si possono verificare con il passare dell'età, si tratta in buona sostanza, di lievi attenuazioni della magnitudo dei tratti stessi; anche condizioni mediche extra-psichiatriche e alcuni farmaci possono influenzare, in via transitoria, in generale, alcune dimensioni della personalità, soprattutto la dimensione della “ricerca di novità”.

Teorie sulla personalità

Il più antico documento nel quale compaiono accenni teoretici nei confronti del tema personalità risale all'epoca dei Sumeri: nell' “Epica di Gilgamesh” l'autore attribuisce a tale divinità, quelli che oggi potremmo definire tratti di personalità, ovvero qualità sue proprie, distintive e invarianti, dalle quali evincere inferenze interpretative riguardo il suo agire psichico presente, passato e futuro.

Nell'ultimo cinquantennio del '900 la teoria dei tratti ha subito una revisione e una precisazione che ha portato alla definizione del modello interpretativo più recente e consistente, ovvero quello dimensionale “The Five Factor Theory”.

I Fattori basilari individuati risultano:

- 1) Nevroticismo
- 2) Estroversione
- 3) Apertura mentale
- 4) Coscenziosità
- 5) Piacevolezza

La procedura seguita è piuttosto semplice concettualmente ma ha richiesto un lavoro

computazionale notevole: infatti si è postulato, cioè si è deciso, sulla scorta dell'intuizione, che i tratti di personalità potessero avere un corrispettivo lessicale negli aggettivi che definiscono le qualità umane; si è proceduto a questo punto alla compilazione di una lista di tale aggettivi, in seguito è stata effettuata, mediante molti studi e raffinate metodologie statistiche e diagnostiche, l'analisi fattoriale, la quale, in ultima istanza ha permesso di individuare 3 dimensioni fondamentali della personalità umana. Tale metodo, ci si è accorti in seguito, ha avuto come principale limite di considerare solo le qualità umane espresse mediante un singolo vocabolo, in seguito si è compilata una lista di perifrasi con valore di aggettivo; si è infine giunti al modello dimensionale dei 5 fattori.

Successivamente sono stati effettuati studi longitudinali allo scopo di appurare l'invarianza e le fluttuazioni dell'entità dei tratti stessi all'interno dello stesso individuo. È interessante notare che, in epoca più recente, è stata indagato indagato, mediante analisi della varianza, il rapporto causale tra fattori genetici, ambientali nel determinismo dei tratti di personalità: si è osservato che l'ambiente come tale incide in maniera trascurabile su questo aspetto, mentre la genetica rende conto del 50% circa della varianza, la quota residuale, a detta di alcuni autori, sarebbe da attribuire a l cosiddetto “nonshared environment”, ovvero a fattori biologici di natura epigenetica o ad altri meccanismi dinamici meglio interpretabili utilizzando la logica dei sistemi caotici.

Di seguito vengono riportate le principali componenti dei 5 fattori strutturanti la personalità secondo la visione teorica corrente.

Nevroticismo	Ansietà
	Rabbiosità-Ostilità
	Depressività
	Auto-consapevolezza
	Impulsività
	Vulnerabilità
Estroversione	Cordialità
	Socievolezza gregaria
	Assertività
	Attivismo
	Ricerca di eccitazione
	Positività

Apertura mentale	Fantasia
	Estetica
	Sentimentalità
	Azione
	Idealità
	Valori
Piacevolezza relazionale	Fiducia
	Lungimiranza
	Altruismo
	Conformismo
	Modestia
	Tenerezza
Coscienziosità	Competenza
	Ordine
	Senso del dovere
	Sforzo finalizzato
	Auto-disciplina
	Deliberazione

Classificazione dei Disturbi di Personalità

Nella Psichiatria moderna esistono due principali modalità diagnostico-classificative per i Disturbi di Personalità: il modello categoriale e il modello dimensionale.

Il DSM e l'ICD utilizzano il modello categoriale, mentre sono numerosi i modelli dimensionali, differiscono principalmente per il numero di dimensioni individuate, tra questi il modello più comunemente accettato è quello di Costa Mc Crae.

I vantaggi principali del sistema categoriale consistono in una maggiore aderenza alla pratica clinica, una migliore concettualizzazione e accordo diagnostico tra i medici, una maggiore coerenza con gli aspetti medico-legali.

Il rischio principale è una perdita di sensibilità diagnostica, campo in cui la diagnosi dimensionale si dimostra superiore.

Tuttavia, è da notare che maggiore mole informativa non significa automaticamente maggiore appropriatezza delle cure o maggior successo terapeutico, dunque, a nostro parere la diagnosi categoriale riveste un ruolo ancora preminente nella clinica psichiatrica.

Nel DSM troviamo una diagnosi generica di Disturbo di Personalità cui segue una diagnosi specifica, che identifica i singoli disturbi.

In generale affinché si possa parlare di Disturbo di Personalità devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

A Una modalità di comportamento e di esperienza soggettiva marcatamente diversa da quella attesa in relazione alla cultura individuale che si rende evidente in due o più delle seguenti aree:

- 1) Cognitiva
- 2) Affettività
- 3) Funzioni interpersonali
- 4) Controllo degli impulsi

B Tale modalità è stabile, inflessibile, pervasiva attraverso un ampio raggio di situazioni sociali e personali.

C Ne risulta un significativo disturbo o difficoltà sociale occupazionale o in altre aree rilevanti.

D Stabile di lunga durata e di precoce esordio giovanile o adolescenziale.

E Non può essere considerato come l'effetto di un altro disturbo mentale

F Non è la conseguenza diretta di sostanze, farmaci o cause mediche diverse.

Disturbi di Personalità del Cluster A

Disturbo Paranoide di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Paranoide di Personalità

A. Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri (tanto che le loro intenzioni vengono interpretate come malevole), che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- 1) sospetta, senza una base sufficiente, di essere sfruttato, danneggiato o ingannato
- 2) dubita senza giustificazione della lealtà o affidabilità di amici o colleghi
- 3) è riluttante a fidarsi con gli altri a causa di un timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate contro di lui
- 4) scorge significati nascosti umilianti o minacciosi in rimproveri o altri eventi benevoli
- 5) porta costantemente rancore, cioè, non perdona gli insulti, le ingiurie o le offese
- 6) percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri, ed è pronto a reagire con rabbia o contrattaccare
- 7) sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, o di un altro Disturbo Psicotico, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

Nota Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della

Schizofrenia, aggiungere “Premorboso”, per es., “Disturbo Paranoide di Personalità (Premorboso)”.

Manifestazioni cliniche

La caratteristica essenziale del Disturbo Paranoide di Personalità è un quadro pervasivo di sfiducia e sospettosità, tanto che le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole. Questo quadro compare nella prima età adulta, ed è presente in una varietà di contesti.

Gli individui con questo disturbo presumono che gli altri li sfruttino, li danneggino o li ingannino, anche quando non vi sono prove che supportino queste aspettative (Criterio A1). Sospettano, sulla base di prove insignificanti o inesistenti, che gli altri complottino contro di loro e possano attaccarli improvvisamente, in ogni momento e senza alcuna ragione. Spesso sentono di essere stati profondamente ed irreversibilmente ingiuriati da un'altra persona o da persone anche quando non vi sono prove oggettive di ciò. Dubitano, senza una giustificazione, della lealtà e della affidabilità di amici o colleghi, le cui azioni vengono esaminate minuziosamente per evidenziare intenzioni ostili (Criterio A2). Ogni deviazione percepita dalla affidabilità e lealtà serve a supportare le loro supposizioni. Sono talmente stupiti quando un amico o un collega si mostra leale che non possono fidarsi o credergli. Se si trovano nei guai, si aspettano che gli amici e i colleghi li attaccheranno o ignoreranno i loro problemi.

Gli individui con questo disturbo sono riluttanti a confidarsi o a entrare in intimità con gli altri, poiché temono che le informazioni vengano usate contro di loro (Criterio A3). Possono rifiutare di rispondere a domande personali, dicendo che l'informazione non è “affar di nessuno”. Leggono significati nascosti umilianti e minacciosi in rimproveri o altri fatti benevoli (Criterio A4). Per esempio, un individuo con questo disturbo può malinterpretare un onesto errore da parte di un commesso di un negozio come un tentativo deliberato di imbroglio, o può vedere un rimprovero scherzoso casuale da parte di un collaboratore come un grave attacco. I complimenti vengono spesso malinterpretati (per es., un complimento su

un nuovo acquisto viene malinterpretato come una critica per il proprio egoismo; un complimento su un talento viene malinterpretato come un tentativo di costringere a prestazioni maggiori e migliori). Possono vedere un'offerta di aiuto come critica al fatto che non stanno facendo abbastanza bene da soli.

Gli individui con questo disturbo provano costantemente del risentimento, e sono incapaci di dimenticare insulti, offese, o ingiurie che pensano di avere ricevuto (Criterio A5). Piccole offese evocano grande ostilità, e i sentimenti ostili persistono per molto tempo. Poiché sono costantemente attenti alle intenzioni nocive degli altri, spesso sentono di essere stati attaccati nel ruolo o nella reputazione, o di essere stati offesi in qualche altro modo. Contrattaccano rapidamente, e reagiscono con rabbia agli insulti percepiti (Criterio A6). Gli individui con questo disturbo possono essere gelosi in modo patologico, spesso sospettano che il coniuge o il partner sessuale sia infedele senza una giustificazione adeguata (Criterio A7). Possono raccogliere “prove” banali o circostanziate per supportare le loro convinzioni di gelosia. Possono pretendere di mantenere un controllo completo delle relazioni intime per evitare di essere traditi, e possono costantemente mettere in discussione e in dubbio i luoghi in cui si trova, le azioni, le intenzioni, e la fedeltà del coniuge o partner.

Non si dovrebbe diagnosticare il Disturbo Paranoide di Personalità se il quadro comportamentale si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, o di un altro Disturbo Psicotico, o se è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione neurologica (per es., epilessia del lobo temporale) o di un'altra condizione medica generale (Criterio B).

Manifestazioni e disturbi associati

Gli individui con il Disturbo Paranoide di Personalità hanno difficoltà ad andare d'accordo con gli altri, e spesso hanno problemi nelle relazioni strette. La loro eccessiva sospettosità e ostilità possono essere espresse con una chiara polemica, con lamentele ricorrenti, o con un riserbo quieto, apparentemente ostile. Per il loro atteggiamento ipervigile nei confronti di minacce potenziali, possono agire in modo guardingo, misterioso o tortuoso, ed apparire “freddi” e privi di sentimenti teneri.

Sebbene possano sembrare obbiettivi, razionali e privi di emotività, più spesso mostrano una gamma di affetti labile, con predominanza di espressioni di ostilità, testardaggine e sarcasmo. La loro natura aggressiva e sospettosa può suscitare negli altri una risposta ostile, che serve a confermare le loro aspettative originarie.

Poiché gli individui con il Disturbo Paranoide di Personalità non hanno fiducia negli altri, essi hanno un'eccessiva necessità di essere autosufficienti e un forte senso dell'autonomia. Possono incolpare gli altri delle proprie manchevolezze. Per la rapidità a contrattaccare in risposta alle minacce che percepiscono intorno a loro, possono essere litigiosi ed essere frequentemente coinvolti in dispute legali. Gli individui con questo disturbo ricercano una conferma delle nozioni negative preconcelte a proposito di persone o situazioni con cui vengono in contatto, attribuendo agli altri motivazioni malevole che sono proiezioni delle proprie paure. Possono mostrare fantasie grandiose irrealistiche sottilmente nascoste, spesso si impegnano in argomentazioni di potere e rango, e tendono a elaborare stereotipi negativi degli altri, particolarmente di coloro che appartengono a gruppi di popolazione distinti dal proprio. Attratti da concezioni semplicistiche del mondo, sono spesso cauti nelle situazioni ambigue. Possono essere percepiti come "fanatici", e fondare "culti" o gruppi strettamente aggregati con altri che condividono i loro sistemi di convinzioni paranoidei.

Particolarmente in risposta allo stress, gli individui con questo disturbo possono presentare episodi psicotici brevi (che durano da minuti a ore).

In alcuni casi, il Disturbo Paranoide di Personalità può risultare l'antecedente premorboso di un Disturbo Delirante o della Schizofrenia.

Gli individui con questo disturbo possono sviluppare un Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente), e possono essere a rischio maggiore per Agorafobia e Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Frequentemente si manifestano Abuso o Dipendenza da Alcool o da altre Sostanze. I Disturbi di Personalità più frequentemente copresenti sembrano essere lo Schizotipico, lo Schizoide, il Narcisistico, quello Evitante e Borderline.

Alcuni comportamenti influenzati da contesti socioculturali o da

circostanze specifiche della vita possono essere erroneamente etichettati come paranoide, e possono anche essere rinforzati dal procedimento di valutazione clinica. I membri di gruppi di minoranza, immigrati, rifugiati politici o per motivi economici, o individui di ambienti etnici diversi, possono manifestare comportamenti guardinghi o difensivi, a causa della mancanza di familiarità (per es., barriere linguistiche o mancanza di conoscenza di norme e regolamenti), oppure in risposta all'incuria o indifferenza percepita da parte della maggioranza della società. Questi comportamenti possono a loro volta generare rabbia e frustrazione in coloro che trattano con questi individui, creando un circolo vizioso di sfiducia reciproca, che non deve essere confusa con il Disturbo Paranoide di Personalità. Alcuni gruppi etnici manifestano anche comportamenti culturalmente determinati che possono essere malinterpretati come paranoide.

Il Disturbo Paranoide di Personalità può manifestarsi inizialmente, nella fanciullezza e adolescenza, con tendenza alla solitudine, scarse relazioni con i coetanei, ansia sociale, scarsi risultati scolastici, ipersensibilità, pensieri e linguaggio peculiari, e fantasie idiosincrasiche. Questi bambini possono apparire "strani" o "eccentrici", e attirare derisione. Nei campioni clinici questo disturbo sembra essere più comunemente diagnosticato nei maschi.

Epidemiologia

È stata riportata una prevalenza del Disturbo Paranoide di Personalità nella popolazione generale dello 0,5-2,5%, negli ambienti psichiatrici di ricovero del 10-30%, e tra i pazienti esterni delle cliniche per malattie mentali del 2-10%.

Vi è qualche evidenza di un aumento della prevalenza del Disturbo Paranoide di Personalità tra i familiari di individui con Schizofrenia cronica, e di una relazione familiare più specifica con il Disturbo Delirante, Tipo Persecutorio.

Il Disturbo Paranoide di Personalità può essere distinto dal Disturbo Delirante, Tipo Persecutorio, dalla Schizofrenia, Tipo Paranoide, e dal

Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche poiché tutti questi disturbi sono caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti (per es., deliri e allucinazioni). Per porre una diagnosi addizionale di Disturbo Paranoide di Personalità, il Disturbo di Personalità deve essere stato presente prima dell'esordio dei sintomi psicotici, e deve persistere quando i sintomi psicotici sono in remissione. Quando un individuo presenta un Disturbo Psicotico cronico di Asse I (per es., Schizofrenia) che è stato preceduto dal Disturbo Paranoide di Personalità, si dovrebbe registrare sull'Asse II il Disturbo Paranoide di Personalità, seguito da "Premorboso" tra parentesi.

Il Disturbo Paranoide di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, in cui emergono tratti dovuti agli effetti diretti di una condizione medica generale sul sistema nervoso centrale. Deve anche essere distinto da sintomi che possono svilupparsi in associazione con l'uso di sostanze (per es., Disturbo Correlato a Cocaina Non Altrimenti Specificato). Infine, deve anche essere distinto dai tratti paranoidei associati con la comparsa di handicap fisici (per es., compromissione dell'udito).

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Paranoide di Personalità per alcune caratteristiche comuni. È, perciò, importante distinguere tra questi disturbi in base alle loro caratteristiche tipiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche personologiche che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Paranoide di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Il Disturbo Paranoide di Personalità e il Disturbo Schizotipico di Personalità condividono i tratti di sospettosità, distacco dagli altri e ideazione paranoide, ma il Disturbo Schizotipico di Personalità include anche sintomi come pensiero magico, esperienze percettive inusuali, e pensiero ed eloquio stravaganti. Gli individui con comportamenti che soddisfano i criteri per il Disturbo Schizoide di Personalità vengono spesso percepiti come strani, eccentrici, freddi e distaccati, ma di solito non hanno una evidente ideazione paranoide. La tendenza degli individui con Disturbo Paranoide di Personalità a reagire a stimoli minori con rabbia si osserva anche nei Disturbi Borderline e

Istrionico di Personalità. Comunque, questi disturbi non sono necessariamente associati con una sospettosità pervasiva. Le persone con Disturbo Evitante di Personalità possono anche essere riluttanti a confidarsi con gli altri, ma più per il timore di essere imbarazzati o di essere giudicati inadeguati che per la paura delle intenzioni malevole degli altri. Sebbene possa essere presente in alcuni individui con Disturbo Paranoide di Personalità un comportamento antisociale, di solito non è motivato dal desiderio di un guadagno personale o di sfruttare gli altri come nel Disturbo Antisociale di Personalità, ma piuttosto è dovuto ad un desiderio di vendetta. Gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità possono occasionalmente manifestare sospettosità, ritiro sociale o distacco, ma questo deriva principalmente dal timore di rivelare le proprie imperfezioni o difetti.

I tratti paranoidei possono essere adattivi, particolarmente in ambienti minacciosi. Il Disturbo Paranoide di Personalità dovrebbe essere diagnosticato solo quando questi tratti sono inflessibili, non adattivi e persistenti, e causano compromissione funzionale significativa o disagio soggettivo.

Disturbo Schizoide di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Schizoide di Personalità

A. Una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali ed una gamma ristretta di espressioni emotive, in contesti interpersonali, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- 1) non desidera né prova piacere nelle relazioni strette, incluso il far parte di una famiglia
- 2) quasi sempre sceglie attività solitarie
- 3) dimostra poco o nessun interesse per le esperienze sessuali con un'altra persona
- 4) prova piacere in poche o nessuna attività
- 5) non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado
- 6) sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri
- 7) mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo Psicotico, o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

Nota Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della Schizofrenia, aggiungere "Premorboso", per es., "Disturbo Schizoide di Personalità (Premorboso)".

Manifestazioni cliniche

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Schizoide di Personalità sono una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di esperienze e di espressioni emotive nei contesti interpersonali. Questa modalità inizia nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti.

Gli individui con Disturbo Schizoide di Personalità sembrano non desiderare l'intimità, appaiono indifferenti alle opportunità di stabilire relazioni strette, e non sembrano trarre molta soddisfazione dal far parte di una famiglia o di un altro gruppo sociale (Criterio A1). Preferiscono passare il tempo da soli piuttosto che stare con altre persone. Spesso appaiono socialmente isolati o "solitari", e quasi sempre scelgono attività o passatempi solitari che non implicano l'interazione con gli altri (Criterio A2). Preferiscono compiti meccanici o astratti, come giochi al computer o matematici. Possono avere poco interesse nell'avere esperienze sessuali con un'altra persona (Criterio A3) e provano piacere in poche o nessuna attività (Criterio A4). Vi è di solito una ridotta capacità di provare piacere per esperienze sensoriali, fisiche o interpersonali, come camminare sulla spiaggia al tramonto o fare sesso. Questi individui non hanno amici stretti o confidenti, eccetto talora un parente di primo grado (Criterio A5).

Gli individui con Disturbo Schizoide di Personalità spesso sembrano indifferenti all'approvazione o alle critiche degli altri, e non sembrano essere preoccupati da ciò che gli altri possono pensare di loro (Criterio A6). Possono essere ignari delle sottigliezze dell'interazione sociale, e spesso non rispondono appropriatamente alle condotte sociali cosicché sembrano socialmente inetti o superficiali e assorbiti da se stessi.

Possono mostrare un aspetto mite senza reattività emotiva visibile, e raramente ricambiano gesti o espressioni del volto, come sorrisi o cenni del capo (Criterio A7). Affermano di provare raramente forti emozioni come rabbia e gioia. Spesso mostrano un'affettività ristretta, ed appaiono freddi e distaccati. Comunque, in circostanze molto insolite, in

cui questi individui si trovino almeno temporaneamente a proprio agio nel rivelare se stessi, possono riconoscere di avere sentimenti dolorosi, particolarmente legati alle interazioni sociali.

Il Disturbo Schizoide di Personalità non dovrebbe essere diagnosticato se la modalità di comportamento si manifesta soltanto durante il corso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo Psicotico o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, oppure se è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una condizione neurologica (per es., epilessia del lobo temporale) o di un'altra condizione medica generale (Criterio B).

Gli individui con Disturbo Schizoide di Personalità possono avere una particolare difficoltà nell'esprimere rabbia, anche in risposta ad una provocazione diretta, e ciò contribuisce a dare l'impressione che manchino di emozioni. Le loro vite talvolta sembrano senza una direzione, e possono sembrare "estraniarsi" dai loro obiettivi. Tali individui spesso reagiscono passivamente alle circostanze avverse, ed hanno difficoltà a rispondere appropriatamente ad eventi importanti della vita. Per la mancanza di capacità sociali e di desiderio per le esperienze sessuali, gli individui con questo disturbo hanno poche amicizie, infrequentemente hanno appuntamenti, e spesso non si sposano. Può essere compromesso il funzionamento sociale, particolarmente se è richiesto un coinvolgimento interpersonale, ma gli individui con questo disturbo possono funzionare bene quando lavorano in condizioni di isolamento sociale. Particolarmente in risposta allo stress, gli individui con questo disturbo possono presentare episodi psicotici molto brevi (che durano da minuti a ore). In alcuni casi, il Disturbo Schizoide di Personalità può risultare l'antecedente premorboso del Disturbo Delirante o della Schizofrenia. Gli individui con questo disturbo possono talvolta sviluppare un Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente). Il Disturbo Schizoide di Personalità più spesso si manifesta contemporaneamente ai Disturbi Schizotipico, Paranoide ed Evitante.

Gli individui provenienti da una varietà di retroterra culturali talvolta mostrano comportamenti e stili interpersonali che possono essere erroneamente etichettati come schizoidi. Per esempio, coloro che si

sono spostati dalla campagna agli ambienti metropolitani possono reagire con un “raffreddamento emotivo” che può persistere per molti mesi, e manifestarsi con attività solitarie, coartazione affettiva e altri difetti della comunicazione. Gli immigrati da altri paesi talvolta vengono percepiti come freddi, ostili o indifferenti.

Il Disturbo Schizoide di Personalità può evidenziarsi per la prima volta nella fanciullezza e adolescenza con tendenza alla solitudine, scarse relazioni con i coetanei, e scarsi risultati scolastici, che contraddistinguono questi bambini o adolescenti come diversi, e li rendono soggetti a derisione.

Il Disturbo Schizoide di Personalità viene diagnosticato leggermente più spesso nei maschi, e può causare in essi una maggiore compromissione.

Il Disturbo Schizoide di Personalità non è comune negli ambienti clinici.

Il Disturbo Schizoide di Personalità può essere distinto dal Disturbo Delirante, Schizofrenia, e Disturbo dell’Umore con Manifestazioni Psicotiche, poiché questi disturbi sono tutti caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti (per es., deliri e allucinazioni). Per porre una diagnosi addizionale di Disturbo Schizoide di Personalità, il Disturbo di Personalità deve essere stato presente prima dell’esordio dei sintomi psicotici, e deve persistere quando i sintomi psicotici sono in remissione. Quando un individuo presenta un Disturbo Psicotico cronico di Asse I (per es., Schizofrenia) che è stato preceduto dal Disturbo Schizoide di Personalità, si dovrebbe registrare il Disturbo Schizoide di Personalità sull’Asse II, seguito da “Premorboso” tra parentesi.

Può essere molto difficile differenziare gli individui con Disturbo Schizoide di Personalità da quelli affetti dalle forme più lievi del Disturbo Autistico e da quelli con Disturbo di Asperger. Le forme più lievi di Disturbo Autistico e il Disturbo di Asperger sono differenziati da una compromissione più grave delle interazioni sociali e da comportamenti ed interessi stereotipati.

Il Disturbo Schizoide di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Schizoide di Personalità poiché hanno certe caratteristiche in comune. È,

quindi, importante distinguere questi disturbi in base alle differenze nelle caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche personologiche che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Schizoide di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Sebbene le caratteristiche di isolamento sociale e coartazione dell'affettività siano comuni ai Disturbi Schizoide, Schizotipico e Paranoide di Personalità, il Disturbo Schizoide di Personalità può essere distinto dal Disturbo Schizotipico di Personalità per l'assenza di distorsioni cognitive e percettive, e dal Disturbo Paranoide di Personalità per l'assenza di sospettosità e di ideazione paranoide. L'isolamento sociale del Disturbo Schizoide di Personalità deve essere distinto da quello del Disturbo Evitante di Personalità, che è dovuto al timore di essere imbarazzati o di essere giudicati inadeguati e da un'eccessiva aspettativa di rifiuto. Al contrario, le persone con Disturbo Schizoide di Personalità presentano un distacco più pervasivo e un desiderio limitato di intimità sociale. Gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità possono anche mostrare un apparente distacco sociale, che deriva dalla devozione al lavoro e dal disagio riguardante le emozioni, ma possiedono una sottostante capacità di intimità.

Gli individui "solitari" possono manifestare tratti di personalità che potrebbero essere considerati schizoidi. Solo quando questi tratti sono inflessibili e non adattivi, e causano compromissione funzionale significativa o disagio soggettivo, configurano un Disturbo Schizoide di Personalità.

Disturbo Schizotipico di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Schizotipico di Personalità

A. Una modalità pervasiva di relazioni sociali ed interpersonali deficitarie, evidenziate da disagio acuto e ridotta capacità riguardanti le relazioni strette, e da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità del comportamento, che compaiono nella prima età adulta, e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) idee di riferimento (escludendo i deliri di riferimento)
- 2) credenze strane o pensiero magico, che influenzano il comportamento, e sono in contrasto con le norme subculturali (per es., superstizione, credere nella chiaroveggenza, nella telepatia o nel “sesto senso”; nei bambini e adolescenti fantasie e pensieri bizzarri)
- 3) esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee
- 4) pensiero e linguaggio strani (per es., vago, circostanziato, metaforico, iperelaborato o stereotipato)
- 5) sospettosità o ideazione paranoide
- 6) affettività inappropriata o coartata
- 7) comportamento o aspetto strani, eccentrici, o peculiari
- 8 nessun amico stretto o confidente, eccetto i parenti di primo) grado
- 9) eccessiva ansia sociale, che non diminuisce con l’aumento della familiarità, e tende ad essere associata con preoccupazioni paranoide piuttosto che con un giudizio negativo di sé.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell’Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo Psicotico o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo.

Manifestazioni cliniche

La caratteristica essenziale del Disturbo Schizotipico di Personalità è un quadro pervasivo di deficit sociali ed interpersonali, accentuati da un disagio acuto, e da una ridotta capacità per le relazioni strette, e da distorsioni ed eccentricità comportamentali. Questa modalità inizia nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti.

Gli individui con Disturbo Schizotipico di Personalità spesso hanno idee di riferimento (cioè, interpretazioni scorrette di avvenimenti casuali e di eventi esterni come se avessero un significato particolare ed insolito specificatamente per la persona) (Criterio A1). Queste dovrebbero essere distinte dai deliri di riferimento, in cui le opinioni sono sostenute da una convinzione delirante. Questi individui possono essere superstiziosi, o preoccupati da fenomeni paranormali al di fuori delle norme della loro cultura (Criterio A2). Possono sentire di avere il potere speciale di intuire gli eventi prima che avvengano, o di leggere i pensieri degli altri. Possono credere di avere un controllo magico sugli altri, che può essere esercitato direttamente (per es., credendo che il fatto che il coniuge porti fuori il cane per una passeggiata sia il risultato diretto dell'aver pensato un'ora prima che ciò dovesse accadere) o indirettamente, attraverso il compimento di rituali magici (per es., oltrepassare un certo oggetto tre volte per evitare una conseguenza spiacevole). Possono essere presenti alterazioni percettive (per es., sentire la presenza di un'altra persona, o sentire una voce che mormora il proprio nome) (Criterio A3). Il loro eloquio può includere frasi e costruzioni insolite o idiosincrasiche. È spesso allentato, digressivo o vago, ma senza veri deragliamenti o incoerenze (Criterio A4). Le risposte possono essere eccessivamente concrete o eccessivamente astratte e parole e concetti vengono talvolta applicati in modo insolito (per es., la persona può affermare di non essere stato “parlabile” al lavoro).

Gli individui con questo disturbo sono spesso sospettosi, e possono avere ideazione paranoide (per es., credere che i loro colleghi di lavoro siano intenti a distruggere la loro reputazione con il principale) (Criterio

A5). Di solito non sono capaci di utilizzare l'intera gamma di affetti e di condotte interpersonali necessarie per riuscire nelle relazioni interpersonali, e quindi spesso sembrano interagire con gli altri in modo inappropriato, rigido o limitato (Criterio A6). Questi individui sono spesso considerati strani o eccentrici a causa di insoliti manierismi, di un modo di vestire spesso trasandato, non coordinato, e di una disattenzione per le convenzioni sociali (per es., la persona può evitare il contatto visivo, indossare abiti macchiati di inchiostro e sgraziati, ed essere incapace di unirsi al battibeccare ironico dei colleghi) (Criterio A7).

Gli individui con Disturbo Schizotipico di Personalità vivono come problematico l'avere a che fare con gli altri, e come disagiata mettersi in relazione con altre persone. Sebbene possano esprimere infelicità per la mancanza di relazioni, il loro comportamento suggerisce che vi sia un desiderio ridotto di contatti intimi. Come risultato, di solito hanno pochi o nessun amico intimo o confidenti oltre a un familiare di primo grado (Criterio A8). Nelle situazioni sociali, particolarmente quelle che coinvolgono persone non familiari, sono ansiosi (Criterio A9).

Interagiscono con le altre persone quando devono farlo, ma preferiscono stare per conto loro, poiché sentono di essere diversi, e proprio non si "inseriscono". La loro ansia sociale non si riduce facilmente, anche quando passano molto tempo nell'ambiente o acquistano maggiore familiarità con le altre persone, poiché la loro ansia tende ad associarsi con la sospettosità sulle intenzioni degli altri. Per esempio, quando partecipa ad una cena, l'individuo con Disturbo Schizotipico di Personalità non si rilasserà con il passare del tempo, ma piuttosto diventerà progressivamente più teso e sospettoso.

Il Disturbo Schizotipico di Personalità non dovrebbe essere diagnosticato se la modalità di comportamento si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo Psicotico, o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (Criterio B).

Gli individui con Disturbo Schizotipico di Personalità spesso ricercano il trattamento per i sintomi associati di ansia, depressione o altri stati d'animo disforici, piuttosto che per le manifestazioni del disturbo di personalità. Particolarmente in risposta allo stress, gli individui con

questo disturbo possono presentare episodi psicotici transitori (che durano da pochi minuti a qualche ora), sebbene di solito siano di durata insufficiente a giustificare una diagnosi addizionale, come Disturbo Psicotico Breve o Disturbo Schizofreniforme. In alcuni casi, possono comparire sintomi psicotici clinicamente significativi che soddisfano i criteri per Disturbo Psicotico Breve, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Schizofrenia. Più della metà presenta una anamnesi di almeno un Episodio Depressivo Maggiore. Dal 30% al 50% degli individui diagnosticati con questo disturbo ha una diagnosi contemporanea di Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente) al momento dell'ammissione in ambiente clinico. Vi è una considerevole concomitanza con i Disturbi Schizoide, Paranoide, Evitante e Borderline di Personalità.

Le distorsioni cognitive e percettive devono essere valutate nel contesto dell'ambiente culturale dell'individuo. Caratteristiche pervasive determinate culturalmente, particolarmente quelle che riguardano credenze e rituali religiosi, possono apparire schizotipiche all'osservatore esterno non informato (per es., voodoo, parlare in varie lingue, la vita oltre la morte, lo shamanismo, la lettura della mente, il sesto senso, il malocchio e le credenze magiche su salute e malattia).

Epidemiologia

È stato riportato che il Disturbo Schizotipico di Personalità si manifesta approssimativamente nel 3% della popolazione generale.

Decorso

Il Disturbo Schizotipico di Personalità può essere inizialmente evidente, nella fanciullezza e adolescenza, con solitudine, scarse relazioni con i coetanei, ansia sociale, scarsi risultati scolastici, ipersensibilità, pensieri e linguaggio peculiari. Questi bambini possono apparire “strani” o “eccentrici” e attirare derisione. Il Disturbo Schizotipico di Personalità può essere leggermente più comune nei maschi.

Il Disturbo Schizotipico di Personalità ha un decorso relativamente stabile, e solo una piccola parte degli individui sviluppa la Schizofrenia o un altro Disturbo Psicotico.

Il Disturbo Schizotipico di Personalità sembra avere una concentrazione familiare, ed ha una prevalenza maggiore tra i consanguinei di primo grado degli individui con Schizofrenia che nella popolazione generale. Vi può anche essere un modesto incremento di Schizofrenia e di altri Disturbi Psicotici tra i familiari di probandi con Disturbo Schizotipico di Personalità.

Il Disturbo Schizotipico di Personalità può essere distinto da Disturbo Delirante, Schizofrenia e Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche poiché questi disturbi sono tutti caratterizzati da un periodo con sintomi psicotici persistenti (per es., deliri e allucinazioni). Per porre una diagnosi addizionale di Disturbo Schizotipico di Personalità, il Disturbo di Personalità deve essere stato presente prima dell'esordio dei sintomi psicotici e persistere quando i sintomi psicotici sono in remissione. Quando un individuo presenta un Disturbo Psicotico cronico di Asse I (per es., Schizofrenia) che è stato preceduto dal Disturbo Schizotipico di Personalità, il Disturbo Schizotipico di Personalità dovrebbe essere registrato sull'Asse II seguito da "Premorboso" tra parentesi.

Può essere molto difficile differenziare i bambini con Disturbo Schizotipico di Personalità nel gruppo eterogeneo di bambini solitari, strani, il cui comportamento è caratterizzato da marcato isolamento sociale, eccentricità o peculiarità di linguaggio, e la cui diagnosi includerebbe probabilmente le forme più lievi di Disturbo Autistico, Disturbo di Asperger, Disturbo del Linguaggio Espressivo e Disturbo Misto del Linguaggio Ricettivo-Espressivo. I Disturbi della Comunicazione possono essere differenziati per la rilevanza e gravità del disturbo del linguaggio, accompagnate da sforzi compensatori da parte del bambino di comunicare con altri mezzi (per es., gesti), e per le caratteristiche specifiche di compromissione del linguaggio, evidenziate con una valutazione specialistica del linguaggio. Le forme più lievi di Disturbo Autistico e di Disturbo di Asperger sono differenziate da una mancanza ancora maggiore di consapevolezza sociale e di reciprocità emotiva, e da

comportamenti ed interessi stereotipati.

Il Disturbo Schizotipico di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Schizotipico di Personalità per alcune caratteristiche in comune. È, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche personologiche che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Schizotipico di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Sebbene anche i Disturbi Paranoide e Schizoide di Personalità possano essere caratterizzati da distacco sociale e coartazione dell'affettività, il Disturbo Schizotipico di Personalità può essere distinto da queste due diagnosi per la presenza di distorsioni cognitive e percettive e di eccentricità o stranezza marcate. Le relazioni strette sono limitate sia nel Disturbo Schizotipico di Personalità che nel Disturbo Evitante di Personalità; comunque nel Disturbo Evitante di Personalità il desiderio attivo di stabilire relazioni sociali è coartato dal timore del rifiuto, mentre nel Disturbo Schizotipico di Personalità manca il desiderio di relazioni sociali, e vi è un distacco persistente. Anche gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità possono manifestare sospettosità, ritiro sociale o distacco, ma nel Disturbo Narcisistico di Personalità queste qualità derivano principalmente dal timore di rivelare imperfezioni o difetti. Anche gli individui con Disturbo Borderline di Personalità possono presentare sintomi simil-psicotici transitori, ma questi sono di solito più strettamente legati ai viraggi affettivi in risposta allo stress (per es., intensa rabbia, ansia o disappunto), e sono di solito più dissociativi (per es., derealizzazione o depersonalizzazione). Al contrario, gli individui con Disturbo Schizotipico di Personalità sono più inclini a presentare sintomi simil-psicotici costanti, che possono peggiorare in condizioni di stress, ma è più difficile che siano associati invariabilmente con sintomi affettivi pronunciati. Sebbene l'isolamento sociale possa essere manifesto nel Disturbo Borderline di Personalità, esso è di solito secondario ai ripetuti fallimenti interpersonali dovuti agli scoppi di ira e alle frequenti variazioni

dell'umore, piuttosto che il risultato di una persistente mancanza di contatti sociali e di desiderio di intimità. Inoltre, gli individui con Disturbo Schizotipico di Personalità di solito non dimostrano i comportamenti impulsivi o manipolativi degli individui con Disturbo Borderline di Personalità. Comunque, vi è una percentuale elevata di compresenza tra i due disturbi, tale da non rendere sempre possibile questa distinzione. Caratteristiche schizotipiche durante l'adolescenza possono riflettere un tumulto emotivo transitorio, piuttosto che un disturbo di personalità persistente.

Disturbi di Personalità del Cluster B

Disturbo Antisociale di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Antisociale di Personalità

A. Un quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

- 1) incapacità di conformarsi alle norme sociali per ciò che concerne il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di condotte suscettibili di arresto
- 2) disonestà, come indicato dal mentire, usare falsi nomi, o truffare gli altri ripetutamente, per profitto o per piacere personale
- 3) impulsività o incapacità di pianificare
- 4) irritabilità e aggressività, come indicato da scontri o assalti fisici ripetuti
- 5) inosservanza spericolata della sicurezza propria e degli altri
- 6) irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere una attività lavorativa continuativa, o di far fronte ad obblighi finanziari
- 7) mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro

B. L'individuo ha almeno 18 anni.

C. Presenza di un Disturbo della Condotta con esordio prima dei 15 anni di età.

D. Il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente

durante il decorso della Schizofrenia o di un Episodio Maniacale.

Manifestazioni cliniche

La caratteristica essenziale del Disturbo Antisociale di Personalità è un quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta nella fanciullezza o nella prima adolescenza, e continua nell'età adulta.

Questa modalità è stata anche denominata psicopatia, sociopatia o disturbo “dissociale” di personalità. Poiché la disonestà e la manipolazione sono caratteristiche centrali del Disturbo Antisociale di Personalità, può essere particolarmente utile integrare le informazioni acquisite dalla valutazione clinica sistematica con le informazioni raccolte da fonti collaterali.

Per porre questa diagnosi, l'individuo deve avere almeno 18 anni (Criterio B), e deve avere in anamnesi alcuni sintomi del Disturbo della Condotta prima dell'età di 15 anni (Criterio C). Il Disturbo della Condotta comporta un quadro ripetitivo e persistente di comportamenti che violano i diritti basilari degli altri o le norme o regole sociali principali appropriate per l'età. I comportamenti specifici caratteristici del Disturbo della Condotta cadono in una categoria delle quattro seguenti: aggressione a persone o animali, distruzione di proprietà, truffa o furto, o grave violazione di regole.

La modalità di comportamento antisociale continua nell'età adulta. Gli individui con il Disturbo Antisociale di Personalità non riescono a conformarsi alle norme sociali secondo un comportamento legale (Criterio A1). Possono compiere ripetutamente atti passibili di arresto (che vengano arrestati o meno), come distruggere proprietà, molestare gli altri, rubare o svolgere attività illegali. Le persone con questo disturbo non rispettano i desideri, i diritti o i sentimenti degli altri. Sono frequentemente disonesti e manipolativi per trarre profitto o piacere personale (per es., per ottenere denaro, sesso, o potere) (Criterio A2). Possono ripetutamente mentire, usare false identità, truffare o simulare. L'impulsività può manifestarsi con l'incapacità di pianificare il futuro

(Criterio A3). Le decisioni vengono prese sotto l'impulso del momento, senza previdenza, e senza considerazione delle conseguenze per sé e per gli altri; questo può determinare cambiamenti improvvisi di lavoro, di residenza, o di relazioni. Gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità tendono ad essere irritabili ed aggressivi, e possono essere coinvolti ripetutamente in scontri fisici o commettere aggressioni fisiche (incluso picchiare il coniuge o i figli) (Criterio A4). Le azioni aggressive richieste per difendere sé o gli altri non sono considerati in questo item. Questi individui mostrano anche di non curarsi della sicurezza propria o degli altri (Criterio A5). Questo può essere evidenziato dal loro modo di guidare (ricorrenti eccessi di velocità, guidare in stato di intossicazione, incidenti multipli). Possono coinvolgersi in comportamenti sessuali o in uso di sostanze con elevato rischio di conseguenze dannose. Possono ignorare o non curarsi di un figlio, in modo tale da mettere il bambino in pericolo.

Gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità tendono anche ad essere spesso estremamente irresponsabili (Criterio A6). Un comportamento lavorativo irresponsabile può essere indicato da periodi significativi di disoccupazione nonostante la disponibilità di opportunità di lavoro, o dall'abbandono di molti lavori senza un piano realistico per ottenere un altro lavoro. Può essere presente anche una situazione di assenze ripetute dal lavoro non giustificate da malattie proprie o dei familiari. L'irresponsabilità finanziaria è indicata da azioni quali inadempienza ai debiti, incapacità di provvedere al supporto dei figli, o incapacità di supportare altre figure dipendenti in modo regolare. Gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità mostrano scarso rimorso per le conseguenze delle proprie azioni (Criterio A7). Possono essere indifferenti, o fornire una razionalizzazione superficiale dopo avere fatto del male, maltrattato o derubato qualcuno (per es., "la vita è ingiusta", "i perdenti meritano di perdere", "doveva accadergli"). Questi individui possono biasimare le vittime per essere pazzi, senza risorse, o perché meritano il loro destino; possono minimizzare le conseguenze dannose delle proprie azioni; o possono semplicemente mostrare completa indifferenza. Generalmente sono incapaci di scusarsi o di riparare al loro comportamento. Possono credere che ognuno si debba sacrificare per

“aiutare il numero uno”, e che non ci si dovrebbe fermare di fronte a niente per evitare di essere sottomessi.

Il comportamento antisociale non deve manifestarsi esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia o di un Episodio Maniacale (Criterio D).

Gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità frequentemente mancano di empatia e tendono ad essere indifferenti, cinici e sprezzanti nei confronti dei sentimenti, dei diritti e delle sofferenze degli altri.

Possono avere un'autostima ipertrofica ed arrogante (per es., pensano che un lavoro ordinario non sia degno di loro, o mancano di interesse realistico per i propri problemi attuali o per il proprio futuro), e possono essere eccessivamente testardi, sicuri di sé o presuntuosi. Possono avere un fascino disinvolto, superficiale, e possono essere piuttosto volubili e compiacenti verbalmente (per es., usando termini tecnici, o un gergo che può impressionare chi non ha familiarità con l'argomento). La mancanza di empatia, l'autostima ipertrofica, e il fascino superficiale sono caratteristiche comunemente incluse nelle concezioni tradizionali della psicopatia che possono essere particolarmente distintive del disturbo e più predittive di recidiva in ambito carcerario o forense, dove di solito gli atti criminali, delinquenti o aggressivi non sono dirimenti. Questi individui possono anche essere irresponsabili e sfruttatori nelle relazioni sessuali. Possono avere nella loro storia numerosi partner sessuali, e possono non avere mai sostenuto una relazione monogama. Possono essere genitori irresponsabili, come evidenziato dalla malnutrizione di un figlio, da una malattia di un figlio che deriva dalla mancanza di un'igiene minima, dalla dipendenza di un figlio dai vicini o da familiari non conviventi per quanto riguarda cibo o riparo, dalla incapacità di trovare qualcuno che si occupi di un bambino piccolo quando è fuori casa, o dal ripetuto spreco del denaro richiesto per le necessità domestiche. Questi individui possono ricevere un'espulsione con infamia dai servizi militari, possono non riuscire ad essere indipendenti, possono impoverirsi o anche diventare dei “senza-tetto”, o trascorrere molti anni in istituzioni penali. Gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità hanno maggiori probabilità rispetto alla popolazione generale di morire prematuramente per causa violenta (per es., suicidio, incidenti, e omicidi).

Gli individui con questo disturbo possono anche presentare disforia, lamentele di tensione, incapacità di tollerare la noia, e umore depresso. Possono avere Disturbi d'Ansia, Disturbi Depressivi (vedi Disturbi dell'Umore), Disturbi Correlati a Sostanze, Disturbo di Somatizzazione, Gioco d'Azzardo Patologico e altri disturbi del controllo degli impulsi. Gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità hanno anche spesso caratteristiche personologiche che soddisfano i criteri per altri Disturbi di Personalità, particolarmente i Disturbi Borderline, Istrionico e Narcisistico di Personalità. La probabilità di sviluppare un Disturbo Antisociale di Personalità nella vita adulta è aumentata se il soggetto ha presentato un esordio precoce di Disturbo della Condotta (prima dei 10 anni) accompagnato da un Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività. Abusi o incuria da bambino, genitori instabili o imprevedibili, o disciplina incoerente da parte dei genitori possono aumentare la probabilità che il Disturbo della Condotta evolva in un Disturbo Antisociale di Personalità. Il Disturbo Antisociale di Personalità sembra essere associato con uno stato socioeconomico basso e con gli ambienti urbani. Sono state sollevate preoccupazioni per il fatto che la diagnosi possa talvolta essere male applicata ad individui in ambienti in cui verosimilmente il comportamento antisociale può essere parte di una strategia protettiva di sopravvivenza. Nel valutare i tratti antisociali, è utile per il clinico considerare il contesto sociale ed economico in cui si manifesta il comportamento.

Per definizione, il Disturbo Antisociale di Personalità non può essere diagnosticato prima dei 18 anni di età. Il Disturbo Antisociale di Personalità è molto più comune nei maschi che nelle femmine. È stata sollevata qualche preoccupazione che il Disturbo Antisociale di Personalità possa essere sottodiagnosticato nelle femmine, particolarmente a causa dell'enfasi posta sugli item che riguardano l'aggressività nella definizione del Disturbo della Condotta.

Epidemiologia

La prevalenza complessiva del Disturbo Antisociale di Personalità nei campioni comunitari è circa il 3% nei maschi e circa l'1% nelle femmine.

Il Disturbo Antisociale di Personalità è più comune tra i consanguinei di primo grado di individui con il disturbo che nella popolazione generale. Il rischio per i consanguinei di femmine con il disturbo tende ad essere maggiore del rischio dei consanguinei di maschi con il disturbo.

La diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità non viene posta in individui al di sotto dei 18 anni di età, e viene posta soltanto se sono presenti in anamnesi alcuni sintomi del Disturbo della Condotta prima dei 15 anni. Per gli individui oltre i 18 anni si fa diagnosi di Disturbo della Condotta solo se non risultano soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità.

Il Disturbo Antisociale di Personalità deve essere distinto dal comportamento criminale intrapreso per guadagno non accompagnato dalle caratteristiche personologiche tipiche di questo disturbo. Il Comportamento Antisociale nell'Adulto può essere utilizzato per descrivere un comportamento criminale, aggressivo, o antisociale di altro tipo, che giunge all'attenzione clinica ma che non soddisfa i criteri completi per il Disturbo Antisociale di Personalità. Solo quando i tratti antisociali di personalità sono inflessibili, maladattivi e persistenti, e causano una compromissione funzionale significativa o sofferenza soggettiva configurano il Disturbo Antisociale di Personalità.

Disturbo Borderline di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Borderline di Personalità

A. Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.

Nota Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.

2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.

3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili

4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). Nota Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.

5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.

6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni)

7) sentimenti cronici di vuoto

8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)

9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

Manifestazioni cliniche

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Borderline di Personalità sono una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore, e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti.

Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità compiono sforzi disperati per evitare abbandoni reali o immaginati (Criterio 1). La percezione della separazione o del rifiuto imminenti, o la perdita di qualche strutturazione esterna, possono portare ad alterazioni profonde dell'immagine di sé, dell'umore, della cognitività e del comportamento. Questi individui sono molto sensibili alle circostanze ambientali. Provano intensi timori di abbandono e rabbia inappropriata anche quando si trovano ad affrontare separazioni reali limitate nel tempo o quando intervengono cambiamenti di progetti inevitabili (per es., disperazione improvvisa come reazione all'annuncio del clinico del termine dell'ora del colloquio; panico o furore quando qualcuno per loro importante è in ritardo di pochi minuti o deve disdire un appuntamento). Possono credere che questo "abbandono" implichi che essi sono "cattivi". Questi timori di abbandono sono correlati ad un'intolleranza a stare soli, e ad una necessità di avere persone con loro. I loro sforzi disperati per evitare l'abbandono possono includere azioni impulsive, come comportamenti automutilanti o suicidari, che vengono descritti separatamente nel Criterio 5.

Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità hanno una modalità di relazione instabile e intensa (Criterio 2). Possono idealizzare protettori o amanti potenziali al primo o secondo incontro, chiedere di trascorrere molto tempo insieme, e condividere i dettagli più intimi all'inizio di una relazione. Comunque possono passare rapidamente dall'idealizzare allo svalutare le altre persone, sentire che l'altra persona non si occupa abbastanza di loro, non dà abbastanza, non è abbastanza "presente". Questi individui empatizzano con gli altri e li coccolano, ma solo con l'aspettativa che gli altri saranno "presenti" a loro volta per soddisfare le

loro necessità. Sono inclini a cambiamenti improvvisi e drammatici della loro visione degli altri, che possono essere visti alternativamente come supporti benefici o come crudelmente punitivi. Tali variazioni spesso riflettono la disillusione nei confronti di un curante, le cui qualità di accudimento sono state idealizzate, o da parte del quale ci si aspetta il rifiuto o l'abbandono.

Può esservi un disturbo dell'identità caratterizzato da un'immagine di sé o da una percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile (Criterio 3). Vi sono variazioni improvvise e drammatiche dell'immagine di sé, caratterizzate da cambiamenti di obbiettivi, di valori e di aspirazioni. Possono esservi improvvisi cambiamenti di opinioni e di progetti a proposito della carriera, dell'identità sessuale, dei valori e dei tipi di amici.

Questi individui possono improvvisamente passare dal ruolo di supplice, bisognoso di aiuto, a quello di giusto vendicatore di un maltrattamento precedente. Sebbene abbiano di solito un'immagine di sé che si basa sull'essere cattivi o dannosi, gli individui con questo disturbo possono talvolta sentire di non esistere affatto. Tali esperienze solitamente si manifestano in situazioni in cui l'individuo percepisce la mancanza di una relazione significativa, di accudimento e supporto. Possono mostrare prestazioni peggiori nel lavoro non strutturato e in situazioni scolastiche. Gli individui con questo disturbo manifestano impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per sé (Criterio 4). Possono giocare d'azzardo, spendere soldi in modo irresponsabile, fare abbuffate, abusare di sostanze, coinvolgersi in rapporti sessuali non sicuri, o guidare spericolatamente.

Gli individui con il Disturbo Borderline di Personalità manifestano ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante (Criterio 5). Il suicidio riuscito si verifica nell'8-10% di tali individui, e i gesti automutilanti (per es., tagliarsi o bruciarsi) e le minacce e i tentativi di suicidio sono molto comuni. La tendenza ricorrente al suicidio è spesso la ragione per cui questi individui chiedono aiuto. Le azioni autodistruttive sono di solito precipitate da minacce di separazione o di rifiuto, o dall'aspettativa di assumere maggiori responsabilità. L'automutilazione può verificarsi durante esperienze

dissociative, e spesso porta sollievo, riaffermando la capacità di sentire o di espiare la sensazione dell'individuo di essere cattivo.

Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità possono manifestare instabilità affettiva dovuta ad una marcata instabilità dell'umore (per es., intensa disforia, irritabilità o ansia episodica, che di solito durano poche ore e solo raramente più di pochi giorni) (Criterio 6). L'umore disforico di base di chi è affetto da Disturbo Borderline di Personalità è spesso spezzato da periodi di rabbia, panico o disperazione, ed è raramente sollevato da periodi di benessere o soddisfazione. Questi episodi possono riflettere l'estrema reattività dell'individuo al disagio interpersonale.

Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità possono essere afflitti da sentimenti cronici di vuoto (Criterio 7). Facilmente annoiati, possono costantemente ricercare qualcosa da fare. Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità frequentemente esprimono rabbia inappropriata ed intensa, o hanno difficoltà a controllare la propria rabbia (Criterio 8). Possono manifestare estremo sarcasmo, amarezza costante o esplosioni verbali. La rabbia è spesso suscitata dal vedere un curante o un amante come disattento, rifiutante, poco dedito, o abbandonante. Tali espressioni di rabbia sono spesso seguite da vergogna e colpa, e contribuiscono alla sensazione di essere cattivi. Durante i periodi di stress estremo, possono manifestarsi ideazione paranoide o sintomi dissociativi transitori (per es., depersonalizzazione) (Criterio 9), ma questi sono generalmente di gravità o durata insufficienti a giustificare una diagnosi addizionale. Questi episodi si manifestano più frequentemente in risposta ad un abbandono reale o immaginato. I sintomi tendono ad essere transitori, durano pochi minuti o ore. Il ritorno reale o percepito della funzione di accudimento da parte della figura accudente possono determinare una remissione dei sintomi.

Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità possono avere una modalità di boicottaggio di se stessi nel momento in cui l'obiettivo è sul punto di essere realizzato.

Alcuni individui sviluppano sintomi simil-psicotici (per es., allucinazioni, distorsioni dell'immagine corporea, idee di riferimento, e fenomeni ipnagogici) durante periodi di stress. Gli individui con questo disturbo

possono sentirsi più sicuri con oggetti transizionali (per es., possedere un animale domestico o un oggetto inanimato) che nelle relazioni interpersonali. In individui con questo disturbo può verificarsi una morte prematura per suicidio, specialmente in quelli con Disturbi dell'Umore o Disturbi Correlati a Sostanze concomitanti. Dalle condotte di abuso autoinflitte o dai tentativi di suicidio mancati possono derivare menomazioni fisiche. Sono comuni perdite ricorrenti del lavoro, interruzione della scolarità e rottura di matrimoni. Nelle storie infantili di persone con Disturbo Borderline di Personalità sono più comuni l'abuso fisico o sessuale, l'incuria, il conflitto ostile e la perdita precoce o la separazione dei genitori. I comuni disturbi concomitanti di Asse I includono i Disturbi dell'Umore, i Disturbi Correlati a Sostanze, i Disturbi dell'Alimentazione (particolarmente la Bulimia), il Disturbo Posttraumatico da Stress e il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività. Il Disturbo Borderline di Personalità è frequentemente concomitante con altri Disturbi di Personalità.

La modalità di comportamento osservata nel Disturbo Borderline di Personalità è stata identificata in vari ambiti nel mondo. Gli adolescenti e i giovani adulti con problemi di identità (specialmente quando accompagnati da uso di sostanze) possono manifestare transitoriamente comportamenti che danno ingannevolmente l'impressione di un Disturbo Borderline di Personalità. Tali situazioni sono caratterizzate da instabilità emotiva, dilemmi "esistenziali", scelte ansiogene, conflitti sull'orientamento sessuale e pressioni sociali contrastanti per decidere a proposito della carriera.

Epidemiologia

Il Disturbo Borderline di Personalità viene diagnosticato prevalentemente (75% circa) in femmine.

La prevalenza del Disturbo Borderline di Personalità viene stimata in circa il 2% della popolazione generale, circa il 10% tra gli individui osservati in cliniche ambulatoriali per malattie mentali, e circa il 20% tra i pazienti psichiatrici ricoverati. Varia tra il 30% e il 60% tra le popolazioni cliniche

con Disturbi di Personalità.

Vi è una variabilità considerevole nel decorso del Disturbo Borderline di Personalità. L'andamento più frequente è rappresentato da instabilità cronica nella prima età adulta, con episodi di grave discontrollo affettivo e impulsivo ed elevati livelli di uso di strutture sanitarie o per la salute mentale. La compromissione derivata dal disturbo e il rischio di suicidio sono maggiori negli anni giovanili, e gradualmente svaniscono con l'avanzare dell'età. Sebbene la tendenza verso le intense emozioni, l'impulsività e l'intensità nelle relazioni sia spesso presente per tutta la vita, i soggetti che affrontano l'intervento terapeutico spesso mostrano un miglioramento che talvolta inizia nel primo anno. Durante il terzo e quarto decennio, la maggior parte degli individui con questo disturbo raggiunge una maggiore stabilità nelle loro relazioni e nel funzionamento professionale. Gli studi di follow-up su soggetti identificati attraverso le strutture di salute mentale ambulatoriali indicano che dopo 10 anni almeno la metà dei soggetti non mostra più una modalità di comportamento che soddisfa tutti i criteri per il Disturbo Borderline di Personalità.

Il Disturbo Borderline di Personalità è circa cinque volte più comune tra i consanguinei di primo grado degli individui con il disturbo che nella popolazione generale. Vi è anche un aumentato rischio familiare per Disturbi Correlati a Sostanze, Disturbo Antisociale di Personalità e Disturbi dell'Umore.

Il Disturbo Borderline di Personalità spesso concomita con i Disturbi dell'Umore e, quando sono soddisfatti i criteri per entrambi, possono essere entrambi diagnosticati. Poiché la presentazione trasversale del Disturbo Borderline di Personalità può essere mimata da un Episodio di Disturbo dell'Umore, il clinico dovrebbe evitare di porre una diagnosi addizionale di Disturbo Borderline di Personalità basandosi solo sulla presentazione trasversale, senza avere documentato che la modalità di comportamento ha un esordio precoce e un decorso persistente.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Borderline di Personalità, poiché hanno certe caratteristiche in comune. È, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze nelle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta

caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Borderline di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Sebbene anche il Disturbo Istrionico di Personalità possa essere caratterizzato da ricerca di attenzione, comportamento manipolativo e emotività rapidamente variabile, il Disturbo Borderline di Personalità si distingue per l'autodistruttività, la rottura con rabbia di relazioni strette e i sentimenti cronici di profondo vuoto e solitudine. Possono essere presenti idee paranoide o illusioni sia nel Disturbo Borderline di Personalità che nel Disturbo Schizotipico di Personalità, ma questi sintomi nel Disturbo Borderline di Personalità sono più transitori, reattivi ai rapporti interpersonali, e sensibili alla strutturazione esterna. Sebbene anche il Disturbo Paranoide di Personalità e il Disturbo Narcisistico di Personalità possano essere caratterizzati da reazioni di rabbia per stimoli minori, la relativa stabilità dell'immagine di sé, così come la relativa assenza di autodistruttività, impulsività, e timori di abbandono, distinguono questi disturbi dal Disturbo Borderline di Personalità. Sebbene il Disturbo Antisociale di Personalità e il Disturbo Borderline di Personalità siano caratterizzati entrambi dal comportamento manipolativo, gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità sono manipolativi per ottenere profitto, potere, o altra gratificazione materiale, mentre l'obiettivo nel Disturbo Borderline di Personalità è più rivolto verso l'ottenimento delle attenzioni dei personaggi accudenti. Sia il Disturbo Dipendente di Personalità che il Disturbo Borderline di Personalità sono caratterizzati dal timore di essere abbandonati; comunque, l'individuo con Disturbo Borderline di Personalità reagisce all'abbandono con sentimenti di vuoto emotivo, rabbia e richieste, mentre l'individuo con Disturbo Dipendente di Personalità reagisce aumentando le concessioni e la sottomissione, e ricerca urgentemente una relazione sostitutiva per ottenere accudimento e supporto. Il Disturbo Borderline di Personalità può essere ulteriormente distinto dal Disturbo Dipendente di Personalità per la tipica modalità di relazione instabile e intensa.

Il Disturbo Borderline di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, in cui i tratti emergono a causa degli effetti diretti di una

condizione medica generale sul sistema nervoso centrale. Il Disturbo Borderline di Personalità dovrebbe essere distinto da un Problema di Identità, che è riservato ai problemi di identità legati ad una fase dello sviluppo (per es., adolescenza) e non si qualifica come disturbo mentale.

Disturbo Istrionico di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Istrionico di Personalità

A. Un quadro pervasivo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) è a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione
- 2) l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da comportamento sessualmente seducente o provocante
- 3) manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale
- 4) costantemente utilizza l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé
- 5) lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli
- 6) mostra autodrammatizzazione, teatralità, ed espressione esagerata delle emozioni
- 7) è suggestionabile, cioè, facilmente influenzato dagli altri e dalle circostanze
- 8) considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.

Manifestazioni cliniche

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Istrionico di Personalità sono un'emotività pervasiva ed eccessiva e un comportamento di ricerca di attenzione. Questo quadro compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti.

Gli individui con Disturbo Istrionico di Personalità si sentono a disagio o non apprezzati quando non sono al centro dell'attenzione (Criterio 1). Spesso brillanti e drammatici, tendono ad attirare l'attenzione, e possono inizialmente affascinare le nuove conoscenze per il loro entusiasmo, apparente apertura o seduttività. Queste qualità tendono ad indebolirsi, comunque, poiché questi individui richiedono continuamente di essere al centro dell'attenzione. Essi si accaparrano il ruolo di "protagonista della festa". Se non sono al centro dell'attenzione, possono mettere in atto qualcosa di drammatico (per es., inventare delle storie, creare una scena) per attrarre l'attenzione su di loro. Questa necessità è spesso evidente nel loro comportamento con un clinico (per es., adulazione, regali, fornire descrizioni drammatiche dei sintomi fisici e psicologici che vengono sostituiti da nuovi sintomi ad ogni visita).

L'aspetto e il comportamento degli individui con questo disturbo sono spesso inappropriatamente provocanti o seduttivi dal punto di vista sessuale (Criterio 2). Questo comportamento non è diretto soltanto nei confronti di persone per cui l'individuo ha un interesse sessuale o sentimentale, ma si manifesta in una grande varietà di relazioni sociali, lavorative e professionali, al di là di quanto sia appropriato dato il contesto sociale. L'espressione emotiva può essere superficiale e rapidamente mutevole (Criterio 3). Gli individui con questo disturbo costantemente utilizzano l'aspetto fisico per attrarre l'attenzione (Criterio 4). Sono eccessivamente preoccupati di impressionare gli altri per il loro aspetto, e spendono un'eccessiva quantità di tempo, energia e denaro per gli abiti e per le cure personali. Possono "andare in cerca di complimenti" per il loro aspetto, ed essere facilmente ed eccessivamente turbati da un commento critico per come appaiono o da una fotografia

che considerano non adulatoria.

Questi individui hanno un eloquio eccessivamente impressionistico e privo di dettagli (Criterio 5). Convincenti opinioni vengono espresse con acume, ma le ragioni sottostanti sono di solito vaghe e generiche, senza fatti e dettagli di supporto. Per esempio, un individuo con Disturbo Istrionico di Personalità può commentare che una certa persona sia un essere umano meraviglioso, ma è incapace di fornire esempi specifici di qualità positive che supportino questa opinione. Gli individui con questo disturbo sono caratterizzati da autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni (Criterio 6). Possono imbarazzare amici e conoscenti per una manifestazione pubblica eccessiva delle emozioni (per es., abbracciare con ardore eccessivo conoscenze casuali, piangere in modo incontrollabile per eventi sentimentali minimi, o avere crisi disforiche). Comunque, le loro emozioni spesso sembrano accendersi e spegnersi troppo rapidamente per essere vissute in modo profondo, cosa che può portare gli altri ad accusare l'individuo di simulare questi sentimenti.

Gli individui con Disturbo Istrionico di Personalità hanno un elevato grado di suggestionabilità (Criterio 7). Le loro opinioni e sentimenti vengono facilmente influenzati dagli altri e da momentanei entusiasmi. Possono essere eccessivamente fiduciosi, specialmente nei confronti di figure con forte autorità, a cui attribuiscono la risoluzione magica dei loro problemi. Tendono a seguire le impressioni e ad adottare rapidamente convinzioni. Gli individui con questo disturbo spesso considerano le relazioni più intime di quanto non siano in realtà, descrivendo quasi ogni conoscente come “mio caro, caro amico”, o riferendosi a medici incontrati una o due volte in circostanze professionali per nome di battesimo (Criterio 8). Sono comuni voli romantici della fantasia.

Gli individui con Disturbo Istrionico di Personalità possono avere difficoltà a raggiungere l'intimità emotiva in relazioni sentimentali o sessuali. Senza rendersene conto, spesso recitano una parte (per es., la “vittima” o la “principessa”) nelle loro relazioni con gli altri. Possono cercare di controllare il partner attraverso la manipolazione emotiva o la seduttività da una parte, mentre manifestano una marcata dipendenza dall'altra. Gli individui con questo disturbo spesso compromettono le

relazioni con gli amici dello stesso sesso perché il loro stile interpersonale sessualmente provocante può apparire come una minaccia alle relazioni dei loro amici. Questi individui possono anche allontanare gli amici con richieste di attenzione costante. Essi si fanno depressi e sconvolti quando non sono al centro dell'attenzione. Possono desiderare novità, stimolazione ed eccitazione, e tendere ad annoiarsi della solita routine. Questi individui sono spesso intolleranti o frustrati dalle situazioni che prevedono una gratificazione posticipata, e le loro azioni sono spesso dirette ad ottenere soddisfazione immediata. Sebbene inizino un lavoro o un progetto con grande entusiasmo, il loro entusiasmo può rapidamente venir meno. Le relazioni a più lungo termine possono essere trascurate per far posto all'eccitazione di nuove relazioni.

Il rischio reale di suicidio non è conosciuto, ma l'esperienza clinica suggerisce che gli individui con questo disturbo siano a rischio maggiore per minacce e gesti suicidari finalizzati ad attrarre l'attenzione e a costringere gli altri ad occuparsi maggiormente di loro. Il Disturbo Istrionico di Personalità è risultato associato con percentuali più elevate di Disturbo di Somatizzazione, Disturbo di Conversione e Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente). Spesso concomitano i Disturbi Borderline, Narcisistico, Antisociale e Dipendente di Personalità.

Le norme per il comportamento interpersonale, l'aspetto personale, e l'espressività emotiva variano ampiamente tra le culture, i generi e i gruppi di età. Prima di prendere in considerazione i vari tratti (emotività, seduttività, stile interpersonale drammatico, ricerca della novità, socievolezza, fascino, impressionabilità e tendenza alla somatizzazione) come evidenza di un Disturbo Istrionico di Personalità, è importante valutare se causano compromissione o disagio clinicamente significativi. In ambienti clinici questo disturbo è stato diagnosticato più frequentemente nelle femmine; comunque, il rapporto tra i sessi non è significativamente diverso dalla percentuale delle donne nei rispettivi ambiti clinici. Al contrario, alcuni studi che si avvalgono di valutazioni strutturate riportano percentuali di prevalenza simili tra i maschi e le femmine. L'espressione comportamentale del Disturbo Istrionico di

Personalità può essere influenzata dagli stereotipi di ruolo sessuale. Per esempio, un uomo con questo disturbo si può vestire e comportare nella maniera identificata con la definizione di “macho”, e può cercare di essere al centro dell’attenzione vantando capacità atletiche, mentre una donna, per esempio, può scegliere abiti molto femminili e raccontare di quanto sia colpita dal proprio istruttore di danza.

Epidemiologia

Dati limitati da studi sulla popolazione generale suggeriscono una prevalenza del Disturbo Istrionico di Personalità di circa il 2-3%. Percentuali del 10-15% sono state riportate in ambienti relativi alla salute mentale ambulatoriali o di ricovero quando viene utilizzata una valutazione strutturata.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Istrionico di Personalità poiché hanno certe caratteristiche in comune. È, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze nelle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Istrionico di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Sebbene anche il Disturbo Borderline di Personalità possa essere caratterizzato da ricerca di attenzione, comportamento manipolativo ed emotività rapidamente mutevole, esso si distingue per l’autodistruttività, le rotture colleriche delle relazioni interpersonali, e i sentimenti cronici di vuoto profondo, e l’alterazione dell’identità. Gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità e Disturbo Istrionico di Personalità condividono una tendenza ad essere impulsivi, superficiali, alla ricerca di situazioni eccitanti, spericolati, seduttivi e manipolativi, ma le persone con Disturbo Istrionico di Personalità tendono ad essere più esagerate nelle reazioni emotive, e caratteristicamente non si coinvolgono in comportamenti antisociali. Gli individui con Disturbo Istrionico di Personalità sono manipolativi per ottenere accudimento, mentre quelli con Disturbo Antisociale di Personalità sono manipolativi per ottenere profitto, potere o qualche

altra gratificazione materiale. Sebbene anche gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità desiderino l'attenzione degli altri, essi di solito pretendono lodi per la loro "superiorità", mentre l'individuo con Disturbo Istrionico di Personalità è disposto ad apparire fragile o dipendente se questo serve ad ottenere l'attenzione. Gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità possono esagerare l'intimità delle loro relazioni con le altre persone, ma sono più propensi ad enfatizzare la posizione di "vip" o la ricchezza dei loro amici. Nel Disturbo Dipendente di Personalità la persona è eccessivamente dipendente dagli altri per quanto riguarda lodi e guida, ma senza le caratteristiche emotive appariscenti ed esagerate del Disturbo Istrionico di Personalità.

Il Disturbo Istrionico di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, nella quale i tratti emergono a causa degli effetti diretti di una condizione medica generale sul sistema nervoso centrale. Deve anche essere distinto dai sintomi che possono svilupparsi in associazione con l'uso cronico di sostanze (per es., Disturbo Correlato a Cocaina, Non Altrimenti Specificato).

Molti individui possono manifestare tratti istrionici di personalità. Solo quando questi tratti sono inflessibili, maladattivi e persistenti, e causano compromissione funzionale significativa o sofferenza soggettiva, configurano il Disturbo Istrionico di Personalità.

Disturbo Narcisistico di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Narcisistico di Personalità

A. Un quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere notato come superiore senza una adeguata motivazione)
- 2) è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale
- 3) crede di essere “speciale” e unico, e di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata
- 4) richiede eccessiva ammirazione
- 5) ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative
- 6) sfruttamento interpersonale, cioè, si approfitta degli altri per i propri scopi
- 7) manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri
- 8) è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino
- 9) mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

Epidemiologia

Il 50-75% degli individui diagnosticati con

Disturbo Narcisistico di Personalità sono maschi.

Le stime della prevalenza del Disturbo Narcisistico di Personalità variano dal 2% al 16% nella popolazione clinica, a meno dell'1% nella popolazione generale.

Manifestazioni cliniche

La caratteristica essenziale del Disturbo Narcisistico di Personalità è un quadro pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione, e mancanza di empatia, che comincia entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti.

Gli individui con questo disturbo hanno un senso grandioso di autostima (Criterio 1). Essi abitualmente sovrastimano le proprie capacità, ed esagerano i propri talenti, apparendo spesso vanagloriosi e presuntuosi. Possono spensieratamente presumere che gli altri attribuiscono lo stesso valore ai loro sforzi, e possono risultare sorpresi quando non giungono le lodi che si aspettano e che sentono di meritare. Spesso nel giudizio esagerato dei propri talenti è implicita una sottostima (svalutazione) dei contributi di altri. Sono spesso assorbiti da fantasie di illimitati successo, potere, vivacità, bellezza, o di amore ideale (Criterio 2). Possono rimuginare sul “ritardo” di ammirazione e privilegi, e paragonarsi favorevolmente con persone famose o privilegiate.

Gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità credono di essere superiori, speciali o unici, e si aspettano che gli altri li riconoscano come tali (Criterio 3). Possono pensare di dover frequentare o di sentirsi capiti solo da persone speciali o di condizione sociale elevata, e possono attribuire qualità di “unico”, “perfetto”, o “dotato” a coloro che frequentano. Gli individui con questo disturbo credono che le loro necessità siano speciali e al di fuori della comprensione delle persone ordinarie. La loro autostima viene aumentata (cioè, “rispecchiata”) dal

valore idealizzato che attribuiscono a coloro che frequentano. Sono inclini ad insistere per avere soltanto le persone più importanti (medico, avvocato, parrucchiere, istruttore), ad affiliarsi alle “migliori” istituzioni, ma possono svalutare le credenziali di chi li delude.

Gli individui con questo disturbo generalmente richiedono eccessiva ammirazione (Criterio 4). La loro autostima è quasi invariabilmente molto fragile. Possono preoccuparsi di quanto si stiano comportando bene e di quanto vengano giudicati favorevolmente dagli altri. Questo spesso si trasforma nella necessità di costante attenzione e ammirazione.

Possono aspettarsi che il loro arrivo venga accolto con grandi feste, e sono stupiti se gli altri non bramano ciò che essi possiedono. Possono costantemente ricercare complimenti, spesso con grande fascino. È evidente un senso di diritto, nelle aspettative di questi individui, di trattamenti speciali (Criterio 5). Si aspettano di venire soddisfatti, e quando questo non accade sono sconcertati e furiosi. Per esempio, possono presumere di non dover aspettare in coda, e che le loro priorità siano così importanti che gli altri dovrebbero sottomettersi, e quindi si irritano quando gli altri non li assistono “nel loro lavoro molto importante”. Questo senso di diritto insieme alla mancanza di sensibilità per i desideri e le necessità degli altri possono sfociare nello sfruttamento degli altri cosciente o involontario (Criterio 6). Si aspettano che venga loro data qualsiasi cosa vogliono, o di cui sentono di avere bisogno. Per esempio, questi individui possono aspettarsi grande dedizione dagli altri, e possono abusarne senza riguardo per le conseguenze sulle loro vite. Tendono a formare amicizie o relazioni sentimentali solo se sembra che l'altra persona possa favorire i loro propositi, o altrimenti se ciò aumenta la loro autostima. Spesso usurpano privilegi speciali e risorse straordinarie che credono di meritare perché sono così speciali.

Gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità generalmente mancano di empatia, e hanno difficoltà a riconoscere i desideri, le esperienze soggettive e i sentimenti degli altri (Criterio 7). Possono presumere che gli altri siano totalmente assorbiti dal loro benessere. Tendono a discutere le proprie preoccupazioni con dettagli inappropriati e prolissi, mentre sono incapaci di riconoscere che anche gli altri hanno

sentimenti e necessità. Sono spesso sprezzanti e impazienti con altri che parlano dei propri problemi e preoccupazioni. Questi individui possono essere incuranti del dolore che possono infliggere le loro osservazioni (per es., dire in modo esuberante ad un precedente amante “sto vivendo la storia della mia vita!”; gloriarsi della propria salute di fronte a chi è malato). Quando vengono riconosciuti, i bisogni, i desideri o i sentimenti degli altri possono essere visti in modo denigratorio, come segni di debolezza o vulnerabilità. Chi si pone in relazione con gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità tipicamente trova freddezza emotiva e mancanza di interesse reciproco.

Questi individui sono spesso invidiosi degli altri, o credono che gli altri siano invidiosi di loro (Criterio 8). Possono invidiare agli altri successi e proprietà, sentendo di meritare di più quei risultati, ammirazione o privilegi. Possono svalutare aspramente i contributi di altri, particolarmente quando quegli individui hanno ricevuto riconoscimento o lode per i loro successi. Comportamenti arroganti e superbi caratterizzano questi individui. Spesso manifestano un atteggiamento snob, sdegnoso, o condiscendente (Criterio 9). Per esempio, un individuo con questo disturbo può lamentarsi della “scortesia” o “stupidità” di un cameriere maldestro, o concludere una visita medica con una valutazione condiscendente del medico.

La vulnerabilità dell'autostima rende l'individuo con Disturbo Narcisistico di Personalità molto sensibile alle “ferite” dovute alle critiche o alla frustrazione. Sebbene possano non dimostrarlo esternamente, la critica può tormentarli, e può lasciarli umiliati, avviliti, vanificati e svuotati. Possono reagire con sdegno, rabbia, o contrattaccare con insolenza. Tali esperienze spesso conducono a ritiro sociale, o ad una parvenza di umiltà che può mascherare e proteggere la grandiosità. Le relazioni interpersonali sono tipicamente compromesse a causa dei problemi derivati dalle pretese, dalla necessità di ammirazione, e dal relativo disinteresse per la sensibilità degli altri. Sebbene l'ambizione arrogante e la sicurezza possano portare a risultati elevati, le prestazioni possono essere distrutte dall'intolleranza alla critica o alla sconfitta. Talvolta il funzionamento professionale può essere molto basso, riflettendo la avversione ad accettare il rischio in situazioni competitive o di altro tipo

nelle quali è possibile una sconfitta. Sentimenti persistenti di vergogna o di umiliazione, e l'autocritica che li accompagna, possono associarsi con ritiro sociale, umore depresso e Disturbo Distimico o Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente). Al contrario, periodi prolungati di grandiosità possono associarsi con un umore ipomaniacale. Il Disturbo Narcisistico di Personalità è anche associato con l'Anoressia Nervosa e con i Disturbi Correlati a Sostanze (specialmente con la cocaina). I Disturbi di Personalità Istrionico, Borderline, Antisociale e Paranoide possono risultare associati con il Disturbo Narcisistico di Personalità.

I tratti narcisistici possono essere particolarmente comuni negli adolescenti, e non indicano necessariamente che l'individuo andrà incontro ad un Disturbo Narcisistico di Personalità. Gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità possono avere difficoltà particolari ad adattarsi all'insorgere di limitazioni fisiche e lavorative inerenti al processo di invecchiamento.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Narcisistico di Personalità, poiché hanno certe caratteristiche in comune. È, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Narcisistico di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. La caratteristica più utile nel discriminare il Disturbo Narcisistico di Personalità dai Disturbi Istrionico, Antisociale e Borderline di Personalità, i cui stili interattivi sono rispettivamente frivolo, insensibile, e bisognoso, è la grandiosità caratteristica del Disturbo Narcisistico di Personalità. La relativa stabilità dell'immagine di sé, così come anche la relativa mancanza di autodistruttività, impulsività e preoccupazioni di abbandono, aiutano a distinguere il Disturbo Narcisistico di Personalità dal Disturbo Borderline di Personalità. L'eccessivo orgoglio per i successi, una relativa mancanza di manifestazioni emotive, e il disprezzo per la sensibilità degli altri, aiutano a distinguere il Disturbo Narcisistico di Personalità dal Disturbo Istrionico di Personalità. Sebbene gli individui con i Disturbi Borderline, Istrionico e Narcisistico di Personalità possano richiedere molta attenzione, quelli

con Disturbo Narcisistico di Personalità specificatamente richiedono il desiderio di essere ammirati. Gli individui con i Disturbi Antisociale e Narcisistico di Personalità condividono una tendenza ad essere testardi, disinvolti, superficiali, sfruttatori e non empatici. Comunque, il Disturbo Narcisistico di Personalità non include necessariamente caratteristiche di impulsività, aggressività e disonestà. Inoltre, gli individui con Disturbo Antisociale di Personalità possono non essere così bisognosi di ammirazione ed invidiosi degli altri, e le persone con Disturbo Narcisistico di Personalità di solito non hanno una storia di Disturbo della Condotta nella fanciullezza e comportamento criminale nell'età adulta. Sia nel Disturbo Narcisistico di Personalità che nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, l'individuo può comportarsi con perfezionismo, e credere che gli altri non siano capaci di fare altrettanto bene. In contrasto con la concomitante autocritica dei soggetti con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità sono più inclini a credere di avere raggiunto la perfezione. La sospettosità e il ritiro sociale di solito distinguono quelli con Disturbo Schizotipico o Paranoide di Personalità da quelli con Disturbo Narcisistico di Personalità. Quando queste qualità sono presenti in individui con Disturbo Narcisistico di Personalità, derivano principalmente dal timore che vengano rilevati imperfezioni o difetti. La grandiosità può emergere come parte di Episodi Maniacali o Ipomaniacali, ma l'associazione con l'alterazione dell'umore o la compromissione funzionale distinguono questi episodi dal Disturbo Narcisistico di Personalità.

Il Disturbo Narcisistico di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, nella quale i tratti emergono a causa degli effetti diretti di una condizione medica generale sul sistema nervoso centrale.

Molti individui di grande successo manifestano tratti di personalità che potrebbero essere considerati narcisistici. Soltanto quando questi tratti sono inflessibili, maladattivi e persistenti, e causano compromissione funzionale significativa o sofferenza soggettiva configurano il Disturbo Narcisistico di Personalità.

Disturbi di Personalità del Cluster C

Disturbo Evitante di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Evitante di Personalità

A. Un quadro pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità al giudizio negativo, che compare entro la prima età adulta, ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- 1) evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, poiché teme di essere criticato, disapprovato, o rifiutato
- 2) è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere
- 3) è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o ridicolizzato
- 4) si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali
- 5) è inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza
- 6) si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri
- 7) è insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

Epidemiologia

La prevalenza del Disturbo Evitante di Personalità nella popolazione generale è tra lo 0,5% e l'1,0%. Il Disturbo Evitante di Personalità è stato riportato come presente in circa il 10% dei pazienti ambulatoriali osservati in cliniche per malattie mentali.

Manifestazioni cliniche

La caratteristica essenziale del Disturbo Evitante di Personalità è una modalità pervasiva di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità alla valutazione negativa, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti.

Gli individui con Disturbo Evitante di Personalità evitano il lavoro o le attività scolastiche che coinvolgono un contatto interpersonale significativo per timore di essere criticati, disapprovati o rifiutati (Criterio 1). Possono essere rifiutate offerte di promozione sul lavoro poiché le nuove responsabilità potrebbero determinare la critica dei colleghi.

Questi individui evitano di farsi nuovi amici, a meno che non siano certi di piacere e di essere accettati senza critiche (Criterio 2). Finché non superano prove rigorose che dimostrano il contrario, le altre persone sono ritenute critiche e disapprovanti. Gli individui con questo disturbo non si uniscono ad attività di gruppo, a meno che non vi siano offerte ripetute e generose di supporto e di accudimento. L'intimità interpersonale è spesso difficoltosa per questi individui, sebbene siano capaci di stabilire relazioni intime quando viene assicurata un'accettazione incondizionata. Possono agire con inibizione, avere difficoltà a parlare di sé, e trattenere sentimenti intimi per timore di esporsi, di essere ridicolizzati o umiliati (Criterio 3).

Poiché gli individui con questo disturbo sono preoccupati di essere criticati o rifiutati in situazioni sociali, possono essere dotati di una soglia molto bassa per avvertire tali reazioni (Criterio 4). Se qualcuno li disapprova o li critica anche leggermente, possono sentirsi

estremamente feriti. Tendono ad essere timidi, quieti, inibiti e “invisibili”, per timore che qualsiasi attenzione sia umiliante o rifiutante. Si aspettano che indipendentemente da quello che dicono, gli altri lo riterrebbero “sbagliato”, e quindi possono non dire assolutamente niente. Reagiscono vistosamente ai suggerimenti velati che suggeriscono scherno o derisione. Nonostante il loro desiderio di partecipare attivamente alla vita sociale, temono di mettere il loro benessere nelle mani degli altri. Gli individui con Disturbo Evitante di Personalità sono inibiti nelle situazioni interpersonali poiché si sentono inadeguati, e hanno una bassa autostima (Criterio 5). In situazioni che comprendono interazioni con estranei diventano particolarmente manifesti i dubbi riguardanti la competenza sociale e l’attrattiva personale. Questi individui credono di essere socialmente inetti, personalmente non attraenti, o inferiori agli altri (Criterio 6). Sono insolitamente riluttanti ad assumere rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante (Criterio 7). Sono inclini ad esagerare i pericoli potenziali di situazioni ordinarie, e dalla loro necessità di certezza e sicurezza può derivare uno stile di vita coartato. Alcuni con questo disturbo possono disdire un colloquio di lavoro per il timore di sentirsi imbarazzati per non essere vestiti adeguatamente. Sintomi somatici marginali o altri problemi possono diventare la ragione per cui evitano nuove attività.

Gli individui con Disturbo Evitante di Personalità spesso valutano attentamente i movimenti e le espressioni di coloro con cui entrano in contatto. Il loro contegno timoroso e teso può suscitare scherno e derisione da parte degli altri, che a loro volta confermano i loro dubbi. Sono molto ansiosi per la possibilità di reagire alle critiche arrossendo o piangendo. Vengono descritti dagli altri come “riservati”, “timidi”, “solitari” e “isolati”. I problemi principali associati con questo disturbo si manifestano nel funzionamento sociale e lavorativo. La bassa autostima e l’ipersensibilità al rifiuto si associano con una restrizione dei contatti interpersonali. Questi individui possono divenire relativamente isolati, e di solito non hanno un’ampia rete di supporti sociali che possa aiutarli a superare le crisi. Desiderano affetto e accettazione, e possono fantasticare su relazioni idealizzate con altri. I comportamenti evitanti

possono anche influenzare negativamente il funzionamento lavorativo, poiché questi individui tentano di evitare quei tipi di situazioni sociali che possono essere importanti per soddisfare le esigenze basilari del lavoro o per una promozione.

Gli altri disturbi che vengono comunemente diagnosticati insieme con il Disturbo Evitante di Personalità includono i Disturbi dell'Umore e d'Ansia (specialmente la Fobia Sociale di Tipo Generalizzato). Il Disturbo Evitante di Personalità viene spesso diagnosticato insieme con il Disturbo Dipendente di Personalità, poiché gli individui con Disturbo Evitante di Personalità si attaccano molto, e diventano dipendenti da quelle poche persone delle quali sono amici. Il Disturbo Evitante di Personalità tende anche ad essere diagnosticato insieme con il Disturbo Borderline di Personalità e con i Disturbi di Personalità del Gruppo A (cioè, Disturbi Paranoide, Schizoide o Schizotipico di Personalità).

Il grado di diffidenza e di evitamento considerato appropriato dai diversi gruppi culturali ed etnici può variare. Inoltre, il comportamento evitante può essere il risultato di problemi di acculturazione che seguono l'immigrazione. Questa diagnosi dovrebbe essere usata con grande cautela nei bambini e negli adolescenti, per i quali la timidezza e il comportamento evitante possono essere appropriati rispetto allo sviluppo. Il Disturbo Evitante di Personalità sembra essere ugualmente frequente nei maschi e nelle femmine.

Decorso

Il comportamento evitante spesso inizia nell'infanzia o nella fanciullezza con timidezza, isolamento, e timore degli estranei e delle situazioni nuove. Sebbene la timidezza nella fanciullezza sia un comune precursore del Disturbo Evitante di Personalità, nella maggior parte degli individui tende a svanire gradualmente con la crescita. Al contrario, gli individui che sviluppano il Disturbo Evitante di Personalità possono diventare progressivamente più timidi ed evitanti durante l'adolescenza e la prima età adulta, quando le relazioni sociali con persone nuove diventano particolarmente importanti. Vi è qualche evidenza che negli adulti il

Disturbo Evitante di Personalità tende a diventare meno evidente, e ad andare incontro a remissione, con l'età.

Sembra esservi una notevole sovrapposizione tra il Disturbo Evitante di Personalità e la Fobia Sociale, Tipo Generalizzato, tanto che possono essere concettualizzazioni alternative di condizioni uguali o simili.

L'evitamento caratterizza anche sia il Disturbo Evitante di Personalità che il Disturbo di Panico con Agorafobia, e possono anche coesistere.

L'evitamento nel Disturbo di Panico con Agorafobia inizia tipicamente dopo l'esordio degli Attacchi di Panico, e può variare in base alla loro frequenza ed intensità. Al contrario, l'evitamento nel Disturbo Evitante di Personalità tende ad avere un esordio precoce, in assenza di chiari fattori precipitanti, e un decorso stabile.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Evitante di Personalità, poiché hanno certe caratteristiche in comune. È, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Evitante di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Sia il Disturbo Evitante di Personalità che il Disturbo Dipendente di Personalità sono caratterizzati da sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alla critica e necessità di rassicurazione. Mentre il principale motivo di preoccupazione nel Disturbo Evitante di Personalità è l'evitamento dell'umiliazione e del rifiuto, nel Disturbo Dipendente di Personalità il motivo è quello di essere accuditi.

Comunque, il Disturbo Evitante di Personalità e il Disturbo Dipendente di Personalità hanno particolare probabilità di concomitare. Come il Disturbo Evitante di Personalità, il Disturbo Schizotipico di Personalità e il Disturbo Schizoide di Personalità sono caratterizzati da isolamento sociale. Comunque, gli individui con Disturbo Evitante di Personalità desiderano avere relazioni con altri, e sentono profondamente la propria solitudine, mentre quelli con Disturbo Schizoide o Schizotipico di Personalità possono accontentarsi e anche preferire il proprio isolamento sociale. Il Disturbo Paranoide di Personalità e il Disturbo Evitante di Personalità sono entrambi caratterizzati da riluttanza a fidarsi degli altri. Comunque, nel Disturbo Evitante di Personalità questa

riluttanza è dovuta più al timore di sentirsi imbarazzati o di essere trovati inadeguati che alla paura degli intenti malevoli degli altri.

Il Disturbo Evitante di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, nella quale i tratti emergono a causa degli effetti diretti di una condizione medica generale sul sistema nervoso centrale.

Molti individui manifestano tratti evitanti di personalità. Solo quando questi tratti sono inflessibili, maladattivi e persistenti, e causano compromissione funzionale significativa o sofferenza soggettiva, configurano il Disturbo Evitante di Personalità.

Disturbo Dipendente di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Dipendente di Personalità

A. Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza richiedere una eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni
- 2) ha bisogno che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita
- 3) ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione. Nota Non includere timori realistici di punizioni
- 4) ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia)
- 5) può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli
- 6) si sente a disagio o indifeso quando è solo per timori esagerati di essere incapace di provvedere a se stesso
- 7) quando termina una relazione stretta, ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto
- 8) si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a se stesso.

Manifestazioni cliniche

La caratteristica essenziale del Disturbo Dipendente di Personalità è una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione.

Questa modalità compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti. Il comportamento dipendente e sottomesso è finalizzato a suscitare protezione, e nasce da una percezione di sé come incapace di funzionare adeguatamente senza l'aiuto di altri.

Gli individui con Disturbo Dipendente di Personalità hanno grande difficoltà a prendere le decisioni quotidiane (per es., il colore della camicia da indossare per il lavoro, o se portare un ombrello) senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri (Criterio 1). Questi individui tendono ad essere passivi, e a permettere ad altre persone (spesso una persona singola) di prendere l'iniziativa e di assumere la responsabilità per la maggior parte dei settori della loro vita (Criterio 2). Gli adulti con questo disturbo tipicamente dipendono da un genitore o dal coniuge per decidere dove devono vivere, che tipo di lavoro dovrebbero avere, e di quali vicini devono essere amici. Gli adolescenti con questo disturbo possono permettere a un genitore (o a entrambi) di decidere cosa dovrebbero indossare, chi frequentare, come dovrebbero trascorrere il tempo libero, e quale scuola o corso universitario frequentare. Questa necessità che gli altri si assumano le responsabilità va al di là delle richieste appropriate per l'età e la situazione (per es., le necessità specifiche dei bambini, delle persone anziane, e dei portatori di handicap). Il Disturbo Dipendente di Personalità può manifestarsi in un individuo con una grave condizione medica generale o disabilità, ma in tali casi la difficoltà nel prendere responsabilità deve andare al di là di quanto si associa generalmente con quella condizione o disabilità.

Poiché temono di perdere il supporto o l'approvazione, gli individui con Disturbo Dipendente di Personalità spesso hanno difficoltà ad esprimere il disaccordo verso altre persone, specialmente verso coloro da cui sono

dependenti (Criterio 3). Questi individui si sentono talmente incapaci di funzionare autonomamente che concorderanno su ciò che ritengono sbagliato, piuttosto che perdere l'aiuto di coloro che ricercano per essere guidati. Non si arrabbiano adeguatamente con le persone da cui necessitano supporto e accudimento per timore di allontanarli. Se le preoccupazioni dell'individuo riguardo alle conseguenze dell'espressione del disaccordo sono realistiche (per es., timori realistici di castigo da parte di un coniuge violento), il comportamento non dovrebbe essere considerato come prova di un Disturbo Dipendente di Personalità. Gli individui con questo disturbo hanno difficoltà ad iniziare progetti o fare cose in modo indipendente (Criterio 4). Essi mancano di sicurezza in se stessi, e credono di avere necessità di aiuto per iniziare e portare avanti dei compiti. Aspetteranno gli altri per iniziare le cose, poiché credono che di regola gli altri facciano meglio. Questi individui sono convinti di essere incapaci di funzionare indipendentemente, e si presentano come inetti e bisognosi di assistenza costante. Possono, comunque, funzionare adeguatamente se hanno la sicurezza che qualcun'altro stia supervisionando e approvando. Possono temere di diventare o di apparire più competenti, poiché possono credere che questo conduca all'abbandono. Poiché contano sugli altri per gestire i propri problemi, spesso non acquisiscono gli strumenti per vivere adeguatamente, perpetuando così la dipendenza.

Gli individui con Disturbo Dipendente di Personalità possono giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, anche al punto di offrirsi per compiti spiacevoli, se tale comportamento gli procurerà le cure di cui hanno bisogno (Criterio 5). Sono pronti a sottomettersi a ciò che gli altri vogliono, anche se le richieste sono irragionevoli. La loro necessità di mantenere un legame importante spesso risulta in relazioni sbilanciate o distorte. Possono fare sacrifici straordinari, o tollerare l'abuso verbale, fisico o sessuale. (Si deve notare che questo comportamento dovrebbe essere considerato prova del Disturbo Dipendente di Personalità solo quando può essere chiaramente stabilito che per l'individuo sono possibili alternative). Gli individui con questo disturbo si sentono a disagio o indifesi quando sono soli, a causa del timore esagerato di essere incapaci di prendersi cura di sé (Criterio

6). Seguiranno “passo passo” altre persone importanti proprio per evitare di stare da soli, anche se non sono interessati o coinvolti in ciò che sta accadendo.

Quando termina una relazione importante (per es., la rottura con un amante, la morte di una figura protettrice), gli individui con Disturbo Dipendente di Personalità possono cercare con urgenza un'altra relazione che fornisca la cura e il supporto di cui hanno bisogno (Criterio 7). La loro convinzione di essere incapaci di funzionare in assenza di una relazione stretta li motiva ad attaccarsi rapidamente e indiscriminatamente ad un'altra persona. Gli individui con questo disturbo sono spesso preoccupati dal timore di essere lasciati a prendersi cura di sé (Criterio 8). Si vedono così totalmente dipendenti dal consiglio e dall'aiuto di un'altra persona importante che temono di essere da essa abbandonati anche quando non vi sono motivi per giustificare tale paura. Le paure, per essere considerate evidenza di questo criterio, devono essere eccessive e non realistiche. Per esempio, un uomo anziano affetto da cancro, che si trasferisce nella casa del figlio per essere curato, esibisce un comportamento dipendente appropriato date le circostanze di vita della persona.

Gli individui con Disturbo Dipendente di Personalità sono spesso caratterizzati da pessimismo e dubbi, tendono a sminuire le proprie capacità e qualità, e possono riferirsi costantemente a se stessi come “stupidi”. Ritengono la critica e la disapprovazione come prova della propria mancanza di valore, e perdono fiducia in sé stessi. Possono ricercare iperprotezione e autorità dagli altri. Il funzionamento lavorativo può risultare compromesso se viene richiesta iniziativa indipendente. Possono evitare posizioni di responsabilità e diventare ansiosi quando sono posti di fronte a decisioni. Le relazioni sociali tendono ad essere limitate a quelle poche persone da cui l'individuo è dipendente. Possono presentare un rischio aumentato per i Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Adattamento. Il Disturbo Dipendente di Personalità spesso concomita con altri Disturbi di Personalità, specialmente con i Disturbi Borderline, Evitante e Istrionico di Personalità. Una malattia fisica cronica o il Disturbo di Ansia di Separazione nella Fanciullezza o nella Adolescenza possono predisporre l'individuo a questo disturbo.

Il grado in cui i comportamenti dipendenti sono considerati appropriati varia tra le differenti età e i gruppi socioculturali. L'età e i fattori culturali devono essere considerati nella valutazione della soglia diagnostica di ogni criterio. Il comportamento dipendente deve essere considerato caratteristico del disturbo solo quando è chiaramente in eccesso rispetto alle norme culturali dell'individuo o riflette preoccupazioni non realistiche. È caratteristica di certe società un'enfasi su passività, gentilezza e deferenza, e possono essere malinterpretate come tratti del Disturbo Dipendente di Personalità. Analogamente, alcune società possono incoraggiare in modo differenziato il comportamento dipendente nei maschi e nelle femmine. Questa diagnosi dovrebbe essere utilizzata con grande cautela, o non affatto, nei bambini e adolescenti, nei quali il comportamento dipendente può essere adeguato allo stadio dello sviluppo. In ambienti clinici, questo disturbo è stato diagnosticato più frequentemente nelle femmine, sebbene alcuni studi che utilizzano valutazioni strutturate riportano percentuali di prevalenza simili tra maschi e femmine.

Il Disturbo Dipendente di Personalità è tra i Disturbi di Personalità più frequentemente riportati nelle cliniche per la salute mentale.

Il Disturbo Dipendente di Personalità deve essere distinto dalla dipendenza che insorge come conseguenza di disturbi di Asse I (per es., Disturbi dell'Umore, Disturbo di Panico (Senza Agorafobia e Con Agorafobia) e Agorafobia) e come risultato di condizioni mediche generali. Il Disturbo Dipendente di Personalità ha un esordio precoce, un decorso cronico e una modalità di comportamento che non si manifesta esclusivamente durante un disturbo di Asse I o Asse III.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Dipendente di Personalità poiché hanno certe caratteristiche in comune. È, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Dipendente di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Sebbene molti Disturbi di Personalità siano caratterizzati da manifestazioni dipendenti, il Disturbo Dipendente di Personalità può essere distinto per il comportamento sottomesso,

reattivo, e dipendente in modo predominante. Il Disturbo Dipendente di Personalità e il Disturbo Borderline di Personalità sono caratterizzati dal timore di abbandono; comunque, l'individuo con Disturbo Borderline di Personalità reagisce all'abbandono con sentimenti di vuoto emotivo, rabbia, e pretese, mentre l'individuo con Disturbo Dipendente di Personalità reagisce aumentando le concessioni e la sottomissione, e ricerca con urgenza una relazione sostitutiva che fornisca accudimento e supporto. Il Disturbo Borderline di Personalità può essere ulteriormente distinto dal Disturbo Dipendente di Personalità per una modalità particolare di relazione, instabile e intensa. Gli individui con Disturbo Istrionico di Personalità, come quelli con Disturbo Dipendente di Personalità, hanno un forte bisogno di rassicurazione e approvazione, e possono apparire infantili e dipendenti. Comunque, diversamente dal Disturbo Dipendente di Personalità, che è caratterizzato da un comportamento modesto e docile, il Disturbo Istrionico di Personalità è caratterizzato da una sgargiante socievolezza, con richieste attive di attenzione. Sia il Disturbo Dipendente di Personalità che il Disturbo Evitante di Personalità sono caratterizzati da sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alla critica, e necessità di rassicurazione; comunque, gli individui con Disturbo Evitante di Personalità hanno un timore talmente intenso di essere umiliati e rifiutati, che si ritirano a meno che non siano certi di essere accettati. Al contrario, gli individui con Disturbo Dipendente di Personalità hanno un comportamento di ricerca e di mantenimento dei legami con le persone importanti, piuttosto che evitare e ritirarsi dalle relazioni.

Il Disturbo Dipendente di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, nella quale i tratti emergono a causa degli effetti diretti di una condizione medica generale sul sistema nervoso centrale.

Molti individui manifestano tratti dipendenti di personalità. Solo quando questi tratti sono inflessibili, maladattivi e persistenti, e causano compromissione funzionale significativa o sofferenza soggettiva, configurano il Disturbo Dipendente di Personalità.

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità

Criteri diagnostici per Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità

A. Un quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo, e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- 1) attenzione per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o gli schemi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività
- 2) mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per es., è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi)
- 3) eccessiva dedizione al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie
- 4) esageratamente coscienzioso, scrupoloso, inflessibile in tema di moralità, etica o valori (non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa)
- 5) è incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo
- 6) è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose
- 7) adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia, sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in vista di catastrofi future
- 8) manifesta rigidità e testardaggine.

Epidemiologia

In studi sistematici, il disturbo sembra essere diagnosticato con una frequenza doppia tra i maschi.

Studi che si sono avvalsi della valutazione sistematica suggeriscono stime della prevalenza del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità di circa l'1% nei campioni comunitari, e di circa il 3-10% tra gli individui che si presentano alle cliniche per la salute mentale.

Manifestazioni cliniche

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità sono la preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza. Questo quadro compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti.

Gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità cercano di mantenere una sensazione di controllo attraverso un'attenzione minuziosa per le regole, i dettagli futili, le procedure, le liste, i programmi, o la forma, al punto che va perso lo scopo dell'attività (Criterio 1). Sono eccessivamente accurati, ed inclini alla ripetizione, prestando una straordinaria attenzione ai dettagli, e controllando ripetutamente in cerca di eventuali errori. Dimenticano che le altre persone tendono ad infastidirsi dei dettagli e degli inconvenienti che derivano da questo comportamento. Per esempio, quando tali individui smarriscono una lista delle cose da fare, perderanno una eccessiva quantità di tempo per cercare la lista piuttosto che perdere pochi minuti a ricrearla a memoria e procedere ad eseguire tali attività. Il tempo viene male organizzato, i compiti più importanti vengono lasciati all'ultimo minuto. Il perfezionismo e gli standard di prestazioni elevati che essi si impongono causano in questi individui malfunzionamento e disagio significativi. Possono impegnarsi talmente in ogni dettaglio di un progetto assolutamente perfetto che tale progetto non viene mai ultimato (Criterio 2). Per

esempio, il completamento di un rapporto scritto viene ritardato da numerose ristesure, dispendiose in termini di tempo, che risultano tutte “imperfette”. Possono essere trascurate le scadenze, e gli aspetti della vita dell’individuo che non rappresentano l’attuale obbiettivo delle attività possono cadere nella trascuratezza.

Gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità mostrano una devozione eccessiva al lavoro e alla produttività, fino ad escludere le attività di tempo libero e le amicizie (Criterio 3). Questo comportamento non è giustificato da una necessità economica. Essi spesso sentono di non avere tempo per dedicare una serata o un fine settimana a qualche uscita, o solo per rilassarsi. Possono continuare a posticipare un’attività piacevole, come una vacanza, in modo che non possa mai verificarsi. Quando occupano del tempo per le attività ricreative o per le vacanze, sono molto a disagio, a meno che non si siano portati dietro del lavoro in modo da non “perdere tempo”. Vi può essere una grande concentrazione sui lavori domestici (per es., pulizie eccessive ripetute, tanto che “si può mangiare sul pavimento”). Se trascorrono del tempo con gli amici, è probabile che questo avvenga in qualche tipo di attività organizzata (per es., sport). I passatempi o le attività ricreative vengono affrontate come compiti seri che richiedono un’attenta organizzazione e un duro lavoro di controllo. L’enfasi viene posta sull’esecuzione perfetta. Questi individui trasformano il gioco in un compito strutturato (per es., correggere un bambino perché non dispone gli anelli sul paletto nel giusto ordine; dire ad un bambino che fa i primi passi di percorrere con il triciclo una traiettoria dritta; trasformare una partita di baseball in una severa “lezione”).

Gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità possono essere eccessivamente coscienziosi, scrupolosi, e inflessibili a proposito di moralità, etica, o valori (Criterio 4). Possono forzare se stessi e gli altri a seguire principi morali rigidi e standard di prestazione molto rigorosi. Possono anche essere impietosamente autocritici nei confronti dei propri errori. Gli individui con questo disturbo sono rigidamente sottomessi all’autorità e alle regole, ed insistono su una accondiscendenza quasi letterale, senza che si possa fare alcuno strappo alle regole anche in circostanze estreme. Per esempio, l’individuo non presterà cinquecento

lire ad un amico che ne ha bisogno per fare una telefonata, perché “mai ricevere in prestito o prestare”, o perché potrebbe essere “negativo” per il carattere dell’individuo. Queste qualità non devono risultare giustificate dall’appartenenza culturale o religiosa dell’individuo.

Gli individui con questo disturbo possono essere incapaci di gettare oggetti usati o inutili, anche quando non hanno valore sentimentale (Criterio 5). Spesso questi individui ammetteranno di essere “formiche”.

Possono considerare uno spreco gettare via degli oggetti poiché “non puoi mai sapere quando ne avrai bisogno”, e saranno turbati se qualcuno tenta di sbarazzarsi delle cose che hanno accumulato. I coniugi o compagni di stanza possono lamentarsi della quantità di spazio occupato da oggetti vecchi, riviste, apparecchi rotti, e così via.

Gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità sono riluttanti a delegare compiti o a lavorare con altri (Criterio 6). Insistono in modo testardo e irragionevole perché ogni cosa venga fatta a modo loro, e perché le persone si conformino al loro modo di fare le cose. Spesso danno istruzioni molto dettagliate su come dovrebbero essere fatte le cose (per es., vi è un solo ed unico modo di falciare il prato, di lavare i piatti, di costruire la casetta per il cane), e sono sorpresi e irritati se gli altri suggeriscono alternative creative. Altre volte possono rifiutare offerte di aiuto anche quando in programma, poiché pensano che nessun altro possa far bene una certa cosa.

Gli individui con questo disturbo possono essere avari e taccagni, e mantenere un livello di vita al di sotto di quanto possono permettersi, per la convinzione che le spese debbano essere attentamente controllate per provvedere in caso di catastrofi future (Criterio 7). Gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità sono caratterizzati da rigidità e testardaggine (Criterio 8). Sono talmente preoccupati di fare le cose nell’unico modo “corretto” che hanno problemi a seguire le idee di altri. Questi individui pianificano meticolosamente in dettaglio, e sono restii a considerare modifiche. Totalmente assorti nelle proprie prospettive, hanno difficoltà a riconoscere i punti di vista degli altri. Gli amici e i colleghi possono essere frustrati da questa costante rigidità. Anche quando gli individui con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità riconoscono che giungere a un compromesso può essere nel

loro interesse, possono testardamente rifiutare di farlo, sostenendo che “è il principio che conta”.

Quando le regole e i programmi non forniscono una risposta corretta, il prendere decisioni può diventare un processo dispendioso in termini di tempo, spesso doloroso. Gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità possono avere una tale difficoltà a decidere quali compiti hanno la priorità, o qual è il modo migliore per svolgere qualche compito particolare, che possono non riuscire mai ad iniziare qualcosa. Tendono a diventare turbati e arrabbiati nelle situazioni in cui non sono in grado di mantenere il controllo del proprio ambiente fisico e interpersonale, sebbene la rabbia non venga tipicamente espressa in modo diretto. Per esempio, una persona può essere arrabbiata quando il servizio in un ristorante è carente, ma anziché lamentarsi presso la direzione, l'individuo ruminava su quanto lasciare come mancia. In altre occasioni, la rabbia può essere espressa con giusta indignazione per una questione apparentemente di minore importanza.

Le persone con questo disturbo di solito esprimono l'affettività in modo molto controllato o ampolloso, e possono essere molto a disagio in presenza di altri emotivamente espressivi. Le loro relazioni quotidiane hanno una qualità formale e seria, e possono essere rigidi in situazioni in cui gli altri sorriderebbero e sarebbero contenti (per es., accogliere il fidanzato/a all'aeroporto). Si trattengono accuratamente finché non sono sicuri che, qualunque cosa dicano, sarà perfetta. Sono assorbiti dalla logica e dall'intelletto, e sono intolleranti nei confronti del comportamento affettivo degli altri. Spesso hanno difficoltà ad esprimere sentimenti teneri, raramente fanno dei complimenti. Gli individui con questo disturbo possono avere difficoltà e disagio lavorativi, particolarmente quando vengono confrontati con situazioni nuove che richiedono flessibilità e capacità di compromesso.

I soggetti con Disturbi d'Ansia, inclusi il Disturbo d'Ansia Generalizzato, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, la Fobia Sociale e le Fobie Specifiche, hanno una probabilità maggiore di avere un'alterazione di personalità che soddisfi i criteri del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità. Comunque, sembra che la maggior parte degli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo non presenti una modalità di comportamento che

soddisfa i criteri per questo Disturbo di Personalità. Molte delle caratteristiche del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità si sovrappongono con le caratteristiche della personalità “tipo A” (per es., preoccupazione per il lavoro, competitività e fretteolosità), e queste caratteristiche possono essere presenti nelle persone a rischio per infarto del miocardio. Può esservi un’associazione tra il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità e i Disturbi dell’Umore e dell’Alimentazione.

Nel valutare un individuo per la presenza del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, il clinico non dovrebbe includere quei comportamenti che riflettono le abitudini, i costumi o gli stili interpersonali sanciti culturalmente del gruppo di riferimento dell’individuo. Certe culture pongono un’enfasi particolare sul lavoro e la produttività; i comportamenti che ne derivano nei membri di tali società non necessitano di essere considerati sintomi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità.

Nonostante la somiglianza dei nomi, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è di solito facilmente distinto dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità per la presenza di reali ossessioni e compulsioni. Una diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo dovrebbe essere presa in considerazione particolarmente quando la tendenza ad accumulare è estrema (per es., cataste di oggetti inutili accumulate creano un rischio di incendio e rendono difficoltoso per gli altri camminare per la casa). Quando sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, dovrebbero essere registrate entrambe le diagnosi.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità poiché hanno certe caratteristiche in comune. È, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, tutti possono essere diagnosticati. Anche gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità possono manifestare dedizione al perfezionismo, e credere che gli altri non possano fare le cose altrettanto bene, ma questi individui sono più inclini a credere di

avere raggiunto la perfezione, mentre quelli con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità sono solitamente autocritici. Gli individui con Disturbo Narcisistico o Antisociale di Personalità mancano di generosità, ma sono indulgenti verso se stessi, mentre quelli con Disturbo Ossessivo-Compulsivo adottano una modalità di spesa improntata all'avarizia sia per se che per gli altri. Sia il Disturbo Schizoide di Personalità che il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità possono essere caratterizzati da apparente formalismo e distacco sociale. Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, questo nasce dal disagio nei confronti delle emozioni, e dalla devozione eccessiva al lavoro, mentre nel Disturbo Schizoide di Personalità vi è una fondamentale incapacità di intimità.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità deve essere distinto da una Modificazione della Personalità Dovuta ad una Condizione Medica Generale, nella quale i tratti emergono a causa degli effetti diretti di una condizione medica generale sul sistema nervoso centrale. Deve anche essere distinto dai sintomi che possono svilupparsi in associazione con un uso cronico di sostanze (per es., Disturbo Correlato a Cocaina Non Altrimenti Specificato).

I tratti di personalità ossessivo-compulsivi, se moderati, possono essere particolarmente adattivi, soprattutto in situazioni che comportano prestazioni elevate. Solo quando questi tratti sono inflessibili, maladattivi e persistenti, e causano compromissione funzionale significativa o sofferenza soggettiva, configurano il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità.

Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato

Questa categoria è riservata alle alterazioni del funzionamento della personalità (fare riferimento ai criteri generali diagnostici per un Disturbo di Personalità che non soddisfano i criteri per alcuno specifico Disturbo di Personalità. Un esempio è la presenza di caratteristiche di uno o più Disturbi di Personalità specifici che non soddisfano completamente i criteri per nessun Disturbo di Personalità (“personalità mista”), ma che nel complesso causano disagio clinicamente significativo o compromissione in una o più aree importanti del funzionamento (per es., sociale o lavorativo). Questa categoria può anche essere utilizzata quando il clinico giudica che sia appropriato uno specifico Disturbo di Personalità che non è incluso nella Classificazione. Gli esempi includono il Disturbo Depressivo di Personalità e il Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità.

Criteri di ricerca per il Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità

A. Un quadro pervasivo di attitudini negativistiche e di resistenza passiva verso richieste di prestazioni ragionevoli, che si instaura nella prima età adulta e che si manifesta in una varietà di contesti, come indicato dalla presenza di quattro (o più) dei seguenti:

- 1) il soggetto fa resistenza ad eseguire compiutamente i propri compiti sociali e lavorativi di routine
- 2) si lamenta di essere poco capito e poco apprezzato dagli altri
- 3) è maldisposto e litigioso
- 4) critica e deride le autorità preposte in modo irragionevole
- 5) manifesta invidia e risentimento verso le persone apparentemente più fortunate
- 6) esprime lamentele persistenti ed esagerate circa le sue personali sfortune
- 7) oscilla tra atteggiamenti di sfida ostile e di rimorso.

B. Non si manifesta esclusivamente in corso di Episodi Depressivi Maggiori, e non risulta meglio attribuibile ad un Disturbo Distimico.

Criteri di ricerca per il Disturbo Depressivo di Personalità

A. Un quadro pervasivo di convinzioni e comportamenti depressivi, che si instaura nella prima età adulta, e si manifesta in una varietà di contesti, come indicato dalla presenza di cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) l'umore abituale è dominato da abbattimento, malinconia, mancanza di allegria, di gioia, di felicità
- 2) l'idea di sé ruota intorno a convinzioni di inadeguatezza, di scarso valore e di bassa autostima
- 3) il soggetto è critico, accusatorio verso sé stesso, rinunciatario
- 4) è meditabondo e incline a preoccuparsi
- 5) è maldisposto, critico e tende a giudicare negativamente gli altri
- 6) è pessimista
- 7) è incline ai sentimenti di colpa e di rimorso.

B. Non si manifesta esclusivamente nel corso di Episodi Depressivi Maggiori, e non risulta meglio attribuibile ad un Disturbo Distimico.

Perchè studiare la comorbidità di Asse II nei pazienti bulimici?

Le cognizioni attuali in materia di decorso mostrano che la personalità, definita, e in base dimensionale e secondo il paradigma categoriale predice, con sufficiente grado di evidenza: il livello di funzionamento globale raggiunto, il numero di ospedalizzazioni cui andrà incontro la paziente, la frequenza degli episodi di sovralimentazione incontrollata e delle condotte di eliminazione; “and last but not least” il tipo di comorbidità personologica è correlato al tipo di peso raggiunto, in altre parole, tenendo conto anche del problema dei crossover fra le diagnosi di anoressia mentale e di bulimia nervosa, la patologia di asse II risulta essere un fattore prognostico importante nel predire il decorso longitudinale della stessa anoressia mentale, o forse la comorbidità di asse II potrebbe rappresentare un predittore differenziale fra anoressia restricta e overeating disorders.

Le considerazioni esposte sopra rimangono valide anche dopo aver considerato il possibile fattore confondente delle altre diagnosi di asse I, in primis dello spettro umore. Alcuni autori, a tal proposito, ritengono che tra i principali bias degli studi precedenti in materia di comorbidità personologica ci sia proprio il fattore disturbi dell'umore in comorbidità: mi spiego meglio, la presenza di diagnosi trasversale e/o longitudinale di disturbi dell'umore, a maggior ragione se coniugata con l'utilizzo di strumenti diagnostici dimensionali, può determinare due fenomeni diversi, ovvero se la presenza di disturbi dell'umore viene considerata un fattore di esclusione dalle indagini di ricerca, il campione ottenuto non risulta rappresentativo della popolazione delle pazienti bulimiche “reali”, determinando, verosimilmente, una sottostima della comorbidità personologica; se invece, i disturbi dell'umore non vengono considerati un fattore di confondimento, e quindi le pazienti affette, longitudinalmente o trasversalmente, vengono incluse nello studio, si determinano tre scenari possibili principali: primo caso, si usano strumenti diagnostici dimensionali, più sensibili, è pur vero, ma anche più prone a cambiamenti fasici, se non dei rapporti tra le magnitudo delle singole dimensioni, almeno della magnitudo di una o più dimensioni, per effetto del fattore umore, i risultati sono evidentemente erranei; secondo caso, vengono utilizzati strumenti diagnostici categoriali per la diagnosi di asse II, ma si tratta di test autosomministrati, in questo caso l'effetto confondente del fattore umore risulta ancora di peso maggiore. Esiste un terzo caso, cioè, vengono utilizzati strumenti diagnostici categoriali universalmente validati, come è il caso della SCID-II, ma gli operatori non hanno sufficiente esperienza, intesa anche come cultura di scuola, sul problema dei disturbi dell'umore, anche in questo caso un certo livello di confondimento dovuto ai disturbi

dell'umore è possibile, ma certo minore che nei casi precedenti.

È noto che le diagnosi di Anoressia e Bulimia possono virare l'una nell'altra nel corso del tempo, questo fenomeno detto crossover, è più evidente durante i primi 5 anni dall'esordio della patologia del comportamento alimentare, si verifica più frequentemente il passaggio da anoressia restricta ad anoressia binge-purging e verso la bulimia nervosa, che non l'inverso, cosa che tuttavia avviene in una percentuale non trascurabile di casi. Si stima infatti che il fenomeno del crossover si verifichi in una percentuale compresa tra il 10 e il 32, in relazione ai criteri utilizzati, il viraggio dalla bulimia all'anoressia nervosa di tipo restricta in circa il 6% dei casi. Questo fenomeno ha fatto propendere alcuni autori per considerare la bulimia nervosa e l'anoressia come fasi diverse della stessa malattia, ma secondo altri pareri le due patologie mantengono un sufficiente grado di individualità dal momento che le ricadute sono maggiormente della stessa tipologia della patologia di base. Il fenomeno del crossover non ha valore meramente accademico, si consideri infatti che il tasso grezzo di mortalità nel caso dell'anoressia mentale di tipo restricta risulta pari a circa il 5%, mentre nel caso della bulimia nervosa dello 0,32%.

Classicamente si era portati a ritenere che le anoressiche fossero ossessive e le bulimiche impulsive; tuttavia la letteratura più recente ha messo in evidenza una quota non trascurabile di disturbi di Cluster C anche nelle bulimiche, sebbene la stima della comorbidità a questo riguardo, per quanto detto in precedenza, non risulta sufficientemente esaustiva. Gli studi dimensionali sulla personalità delle pazienti con disordini del comportamento alimentare hanno messo in evidenza che il perfezionismo sia ben rappresentato nelle bulimiche oltre che nelle anoressiche, alcuni autori ritengono che il perfezionismo, e soprattutto alcune sue componenti, come la preoccupazione circa gli errori e il dubbio riguardo le azioni, siano predittori più accurati di disturbi del comportamento alimentare che non dei disturbi d'ansia. Il perfezionismo come dimensione è diffusa, sebbene in varia misura nei disturbi di Cluster C. D'altra parte emerge con evidenza che nella bulimia nervosa il neuroticismo, altro ingrediente importante del Cluster C, e la reattività agli stressor, cioè una sottocomponente dell'impulsività, siano fondamentali nel determinismo della patologia bulimica mentale.

Scopo dello Studio

Nell'ambito dei DCA i lavori esistenti sono basati su campioni scarsamente numerosi e seguiti per periodi relativamente brevi

in tutta la psichiatria la compresenza di disturbi di personalità influenza la prognosi

Esiste una enorme variabilità nell'ambito della valutazione personologica nell'ambito dei DCA . Tale variabilità rende necessarie procedure e strumenti migliori per tale valutazione

Per una revisione dei risultati vedi bibliografia

La diagnosi multiassiale effettuata secondo i criteri del DSM riduce tale variabilità

mediante l'uso dello SCID II data l'importanza della comorbidità tra i disturbi di asse I con

i disturbi di personalità ai fini della compliance, della prognosi e risposta al trattamento

in questo lavoro siamo andati a valutare i disturbi di personalità in un campione di pazienti con DCA con lo scid II

Scopi dello Studio
Premesse

La Personalità è predittiva di

- 1) Trend ponderale
- 2) Frequenza delle condotte di sovralimentazione e/o eliminazione
- 3) Fenomeno del Cross Over fra AN e BN
- 4) Ospedalizzazione
- 5) Funzionamento globale

La Predittività della Personalità
vale sia utilizzando una sua
definizione categoriale
o dimensionale

Il Peso è un fattore di rischio:

- 1) Cardiocircolatorio
- 2) Chirurgico
- 3) Oncologico

La frequenza e l'entità delle condotte
di sovralimentazione e di eliminazione
è un fattore di rischio:

- 1) Psichiatrico
- 2) Chirurgico
- 3) Endocrinometabolico

Funzionalità pancreatica

- 1) Carichi di carboidrati
- 2) Reflusso bilio-pancreatico

La disregolazione dell'asse
Ipotalamo-gonadico è un
fattore di rischio per:

- 1) Sintomi psichiatrici
- 2) Ridotta fertilità
- 3) Aborto
- 4) Osteoporosi (e rischio chirurgici annessi)
- 5) Cancro mammario, endometriale, ovarico
- 6) Decorso malattie autoimmuni
- 7) Altre neoplasie?
- 8) Malattie cardiocircolatorie

Riassumendo la Personalità è una componente indiretta nella stima del rischio psichiatrico medico e chirurgico nelle pazienti bulimiche

Rischio chirurgico

- 1) Patologie iperacute e acute
(S. Boerhave, S. Mallory-Weiss,
pancreatite acuta)
- 2) Neoplasie digestive (Barret; Colon?)
- 3) Neoplasie ginecologiche
- 4) Miocardiopatia ischemica, metabolica
valvulopatie, vasculopatie
- 5) Ortopediche (fratture, posizionamento di protesi)

Rischio Psichiatrico

- 1) Spettro Umore
- 2) Spettro OC
- 3) Spettro Panico

Rischio medico

- 1) Sindrome metabolica
- 2) Diabete tipo 2
- 3) Alterazioni idroelettrolitiche

Scopo dello Studio

Definire in modo corretto
il grado e il tipo di
Comorbidità di Asse II nei pazienti
Bulimici afferenti ad un Centro
di Terzo Livello

Motivazioni

La Personalità influenza il decorso
della malattia Bulimia Nervosa

La strutturazione del rischio legato
alla BN è influenzata dalla Personalità

Prospettive future
Ci si può aspettare che la
comorbidità psichiatrica nella BN
influenzi significativamente la salute delle
persone affette
Il rischio derivante non potrà essere affrontato
unicamente secondo una prospettiva aziendale

Materiali e Metodi

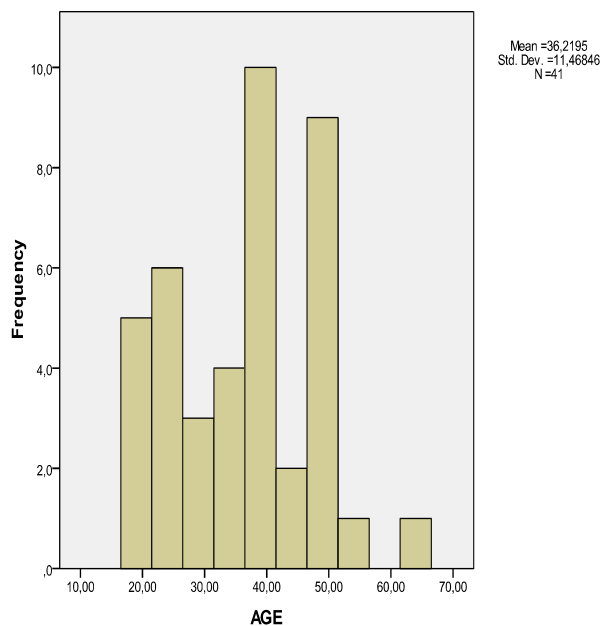
Descrizione del Campione e delle metodologie di reclutamento

Il campione oggetto del nostro studio è stato selezionato presso la Clinica Psichiatrica Universitaria dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa, sezione Disordini del Comportamento alimentare.

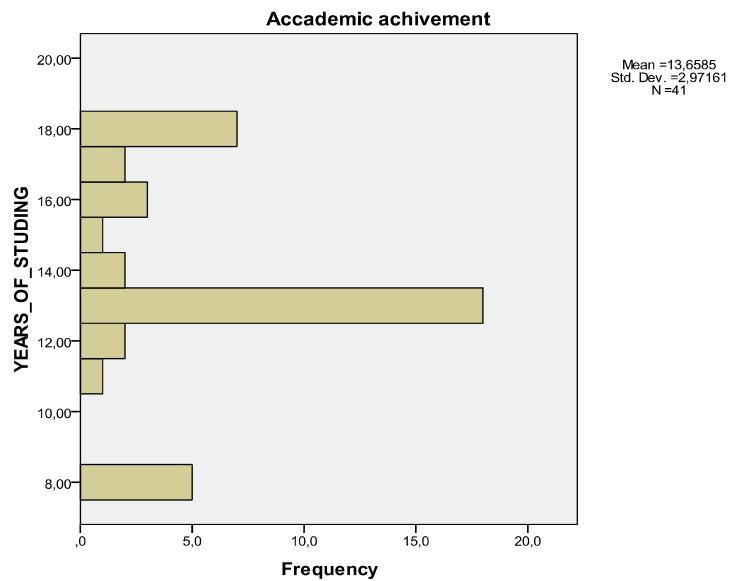
L'arco temporale, durante il quale abbiamo selezionato il campione, parte da Maggio 2011 e arriva a Febbraio 2012.

La procedura di reclutamento era la seguente: abbiamo chiesto a 42 pazienti ambulatoriali consecutivi, affetti da “Bulimia nervosa”, di partecipare al nostro studio clinico; 41 pazienti decidevano di partecipare, 1 paziente non lo ritenne opportuno.

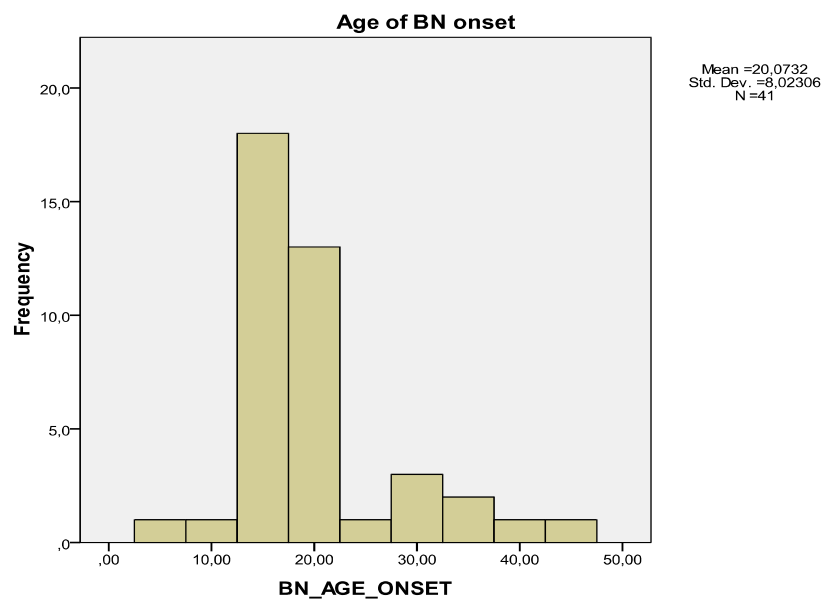
Tutti i 38 pazienti risultavano di sesso femminile, l'età era compresa tra 19 e 55 anni, età media 36 anni (deviazione standard 11,47), 2 pazienti risultavano di sesso maschile.

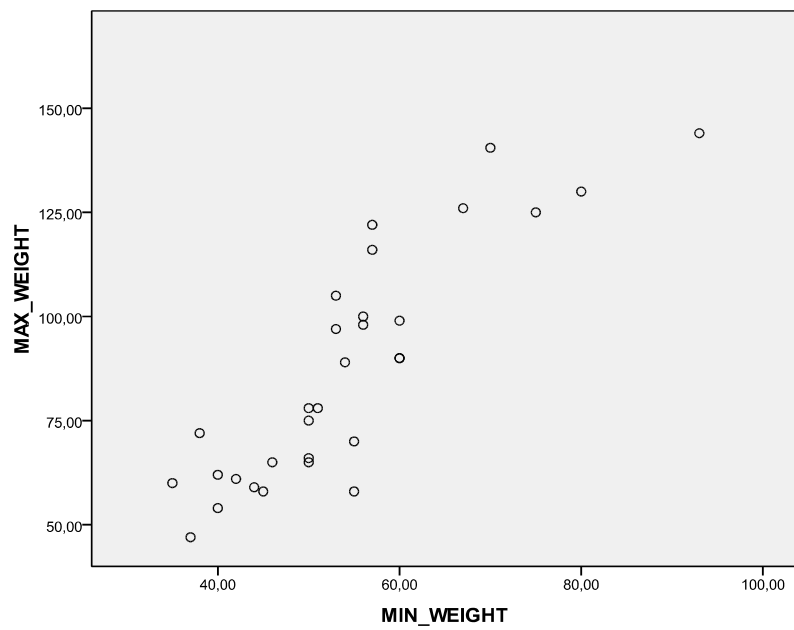


Tutti i pazienti vivevano in Toscana, erano tutti di origini italiana eccetto 2 partecipanti. Per quanto riguarda la scolarità, in media ogni paziente aveva studiato per 13 anni (SD 2,97).

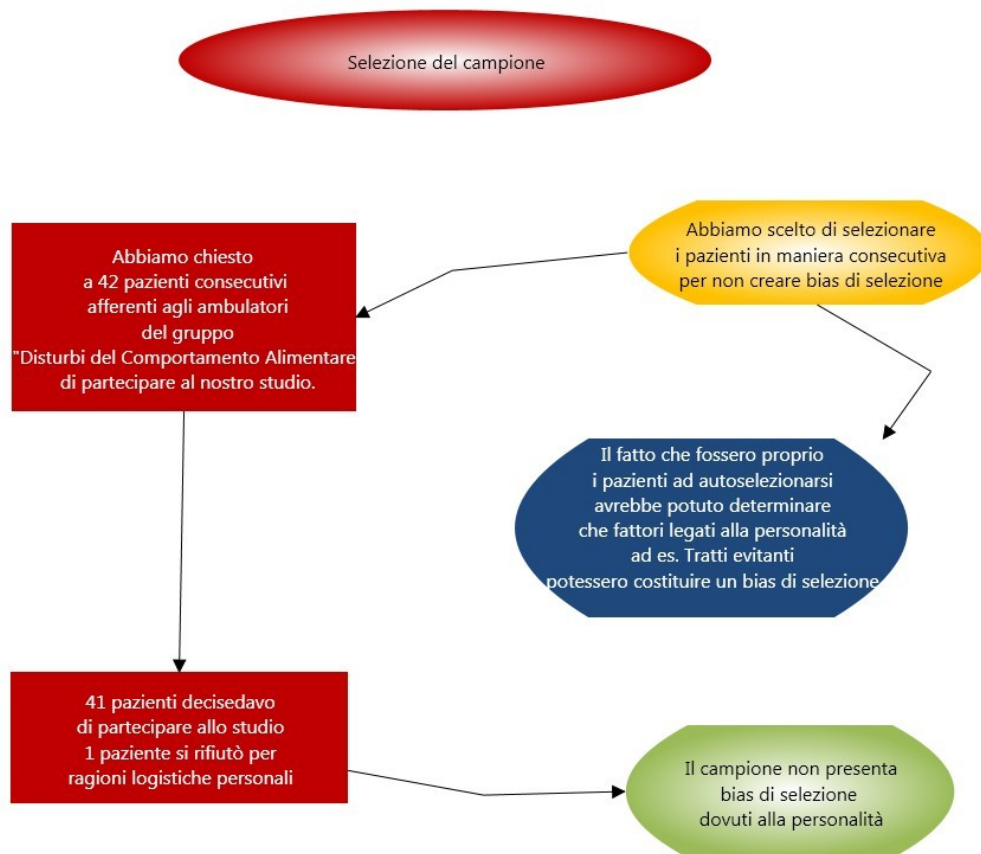


Dall'anamnesi si evinceva un'esordio della patologia oggetto di trattamento, “bulimia nervosa”, attorno ai 20 anni di età (Sd 8,01), con un range tra la prima adolescenza 13 anni e i 35 anni. Al momento della nostra valutazione il BMI medio era pari a 27,1 (peso medio 72 kg; statura media 163 cm).





Abbiamo richiesto ad ogni partecipante di ricordare i valori del proprio peso minimo e massimo raggiunto nel corso della vita; solo 31 pazienti furono in grado di rammentarlo: il peso minimo era in media 54 kg (SD 12), il peso massimo in media raggiungeva i 78 kg (SD 12).



Strumenti Psicodiagnostici

Nel nostro studio abbiamo utilizzato la SCID II (Structurated Clinical Interwie for DSM III R).

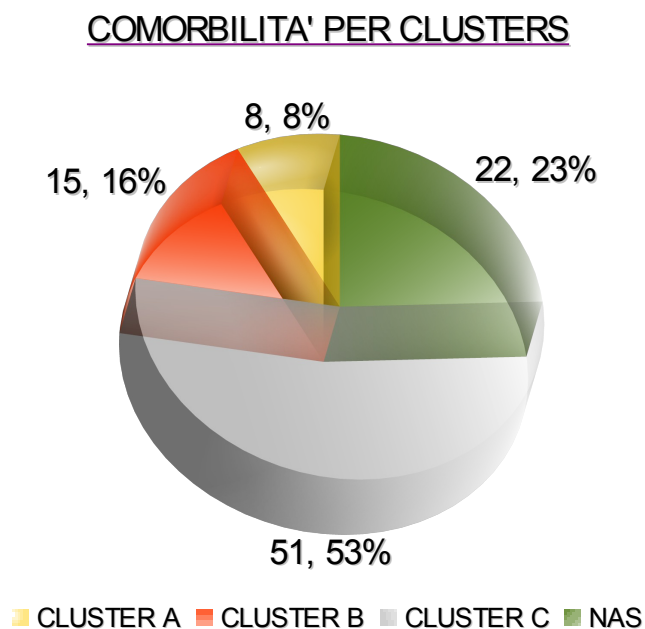
Si tratta di un sistema di valutazione che fa riferimento alle categorie diagnostiche del DSM III R.

Ciò comporta che, rispetto al DSM-IV-TR figurano due Disturbi di Personalità aggiuntivi ovvero il Depressivo e Il Passivo aggressivo, diagnosi in seguito eliminate dal DSM.

Abbiamo utilizzato il sistema classificativo del DSM III in quanto a nostro parere ciò avrebbe avuto il vantaggio di discriminare maggiormente stili personologici maladattivi che altrimenti è verosimile pensare sarebbero andati a ingrossare la categoria, già eterogenea di per sè, del Disturbo Borderline di Personalità.

Risultati

Considerando il campione costituito da 41 pazienti, sono emerse 96 diagnosi di Disturbo di Personalità; in particolare 54 Disturbi di Personalità di Cluster C, 15 di Cluster B, e 8 appartenenti al Cluster “eccentrico”, 22 disturbi Depressivi di Personalità, che rientrano nella categoria residua dei Disturbi di Personalità Non altrimenti specificati. Solo per 4 pazienti non veniva posta alcuna diagnosi di asse II.



Abbiamo constatato che, frequentemente, i nostri pazienti presentavano diagnosi di Asse II appartenenti ad un solo Cluster: per 7 pazienti si poneva una sola diagnosi di disturbo di personalità appartenente al Cluster C, 6 pazienti risultavano affetti da 2 disturbi di personalità dello stesso cluster C, mentre 5 pazienti avevano 3 diagnosi di asse II, sempre sul Cluster C.

I disordini appartenenti al Cluster B risultavano più frequentemente associati con Disturbi di Personalità di altro Cluster, fondamentalmente si trattava del Cluster C. Solo 2 pazienti

avevano come unica diagnosi di asse II 1 solo disturbo di personalità di Cluster B; e altre 2 probande, 2 diagnosi di Cluster B.

Per quanto riguarda il Cluster A, nei casi in cui abbiamo diagnosticato Disturbi di Personalità appartenenti a questo raggruppamento diagnostico, si trattava nella totalità dei casi di disordini associati ad altre problematiche personologiche; mai ci siamo trovati di fronte a Disturbi di personalità di Cluster A isolati, presenti, cioè, come unica diagnosi di asse II. Più in particolare, le uniche diagnosi di Cluster A venivano poste in pazienti per le quali risultavano soddisfatti i criteri diagnostici sia per disturbi appartenenti al Cluster B che al Cluster C.

In sintesi, i pazienti avevano in media 2,3 Disturbi di Personalità, I Disturbi di Personalità di Cluster C erano la maggioranza, pari, cioè, al 55,2% del totale, mentre il Cluster B rendeva conto del 14,6% del totale, seguiva il Cluster A con l'7,3% del totale, il Disturbo Depressivo di Personalità risultava pari a 22,9%.

Considerando il Cluster C abbiamo trovato:

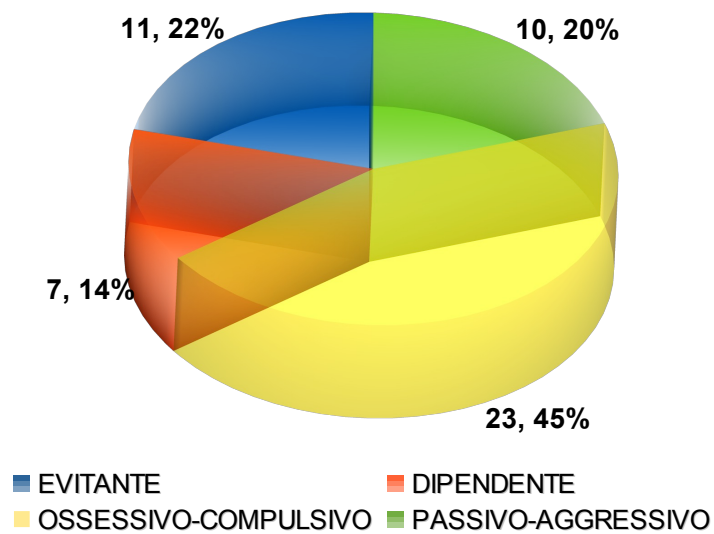
-11 Disturbi Evitanti di Personalità, pari al 21,77% della totalità dei disturbi di Cluster C individuati.

-7 Disturbi Dipendenti di Personalità, pari al 14,36%.

-23 Disturbi Ossessivo-compulsivi di Personalità, pari al 43,96%.

-10 Disturbi passivo-aggressivi di Personalità, pari al 19,91%.

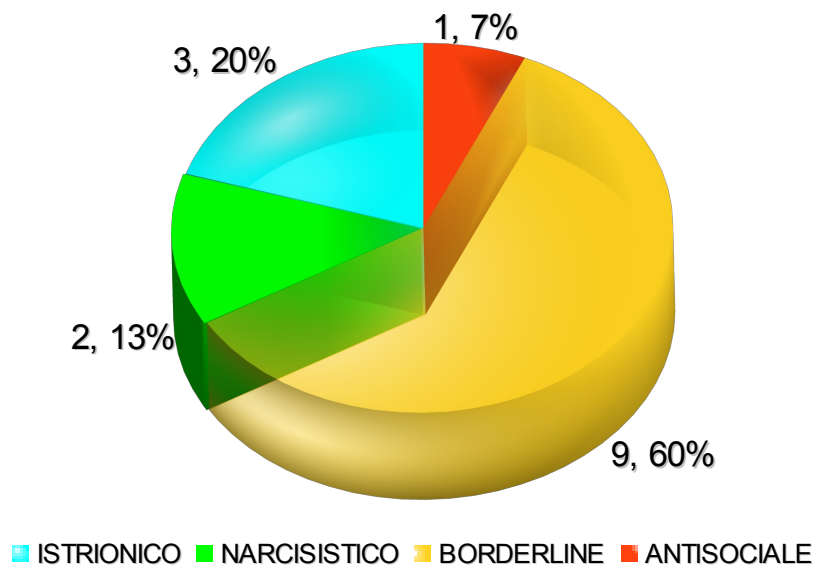
Disturbi di Personalità di Cluster C



Considerando il Cluster B, abbiamo trovato:

- 3 Disturbi istrionici di Personalità, pari al 20% del totale dei disordini di Cluster B.
- 2 Disturbi Narcisistici di Personalità, in ragione del 13,33% del totale.
- 9 Disturbi Borderline di Personalità, ovvero il 60% dei Disturbi di Cluster B trovati.
- 1 disturbo Antisociale di Personalità, pari al 6,67% del totale.

DISTURBI DI PERSONALITA' DI CLUSTER B

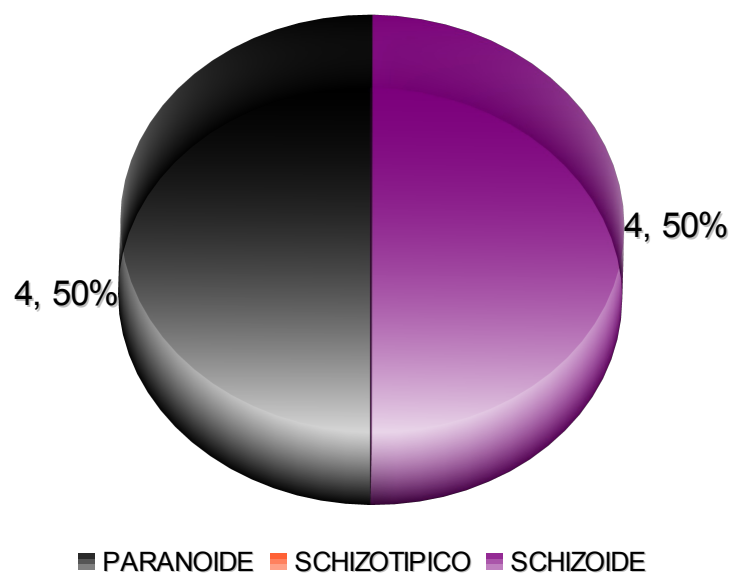


Considerando, da ultimo, il Cluster A, abbiamo diagnosticato:

-4 Disturbi Paranoidi di Personalità, ovvero la metà delle affezioni di Cluster A individuate nel campione.

-4 Disturbi Schizoidi di Personalità.

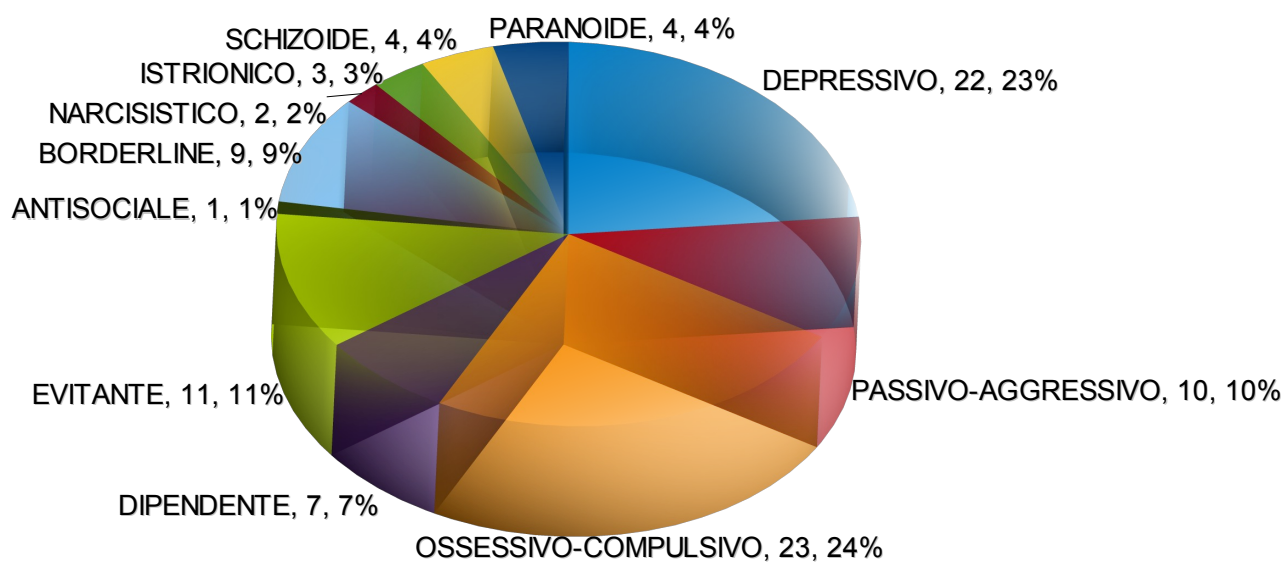
DISTURBI DI PERSONALITA' DI CLUSTER A



Disturbi di Personalità Non altrimenti specificati

22 disturbi Depressivi di Personalità pari al 22,9% del totale

DISTURBI DI PERSONALITA' IN COMORBILITA' CON BULIMIA NERVOSA



Discussione dei Risultati.

Abbiamo deciso di affrontare un tema non certo nuovo nel panorama della ricerca riguardo i disordini del comportamento alimentare: infatti, sono stati portati avanti, nel corso degli anni, molti studi riguardanti la definizione della comorbidità di asse II all'interno dei disturbi del comportamento alimentare, in particolare la Bulimia Nervosa, tuttavia, abbiamo constatato che, in generale, si trattava di ricerche effettuate utilizzando campioni di dimensioni esigue, per di più condotti durante brevi periodi di reclutamento.

Inserito in questo contesto, lo studio presentato appare abbastanza robusto: il campione comprendeva 41 pazienti, una numerosità rispettabile, se consideriamo la popolazione di riferimento, cioè quella italiana, molto più limitata numericamente della popolazione degli U.S.A., la nazione cornice di riferimento per buona parte dei precedenti studi in materia. È possibile che la numerosità del campione risultasse consistente, per il fatto che il nucleo operativo dei Disturbi del Comportamento Alimentare della Clinica Psichiatrica Universitaria di Pisa, che prende in carico, routinariamente, la popolazione di riferimento, rappresenta un centro di alta specializzazione in materia, ragion per cui vengono attratti pazienti provenienti dall'intera nazione. Tuttavia, in maniera interessante, abbiamo constatato che si trattava di pazienti, residenti, per la totalità nella Regione Toscana.

Ovviamente, tutto ciò, è ancora insufficiente per poter pensare di trarre inferenze di natura genetica, ma, è chiaro che ci troviamo di fronte a un campione rappresentativo della popolazione toscana, quindi, le nostre conclusioni possono, in linea di principio, essere traslate nella pratica clinica del nostro dipartimento ospedaliero; a questo riguardo, tengo a precisare che quanto ho appena detto non implica che le informazioni derivanti dal nostro studio siano ugualmente appropriate, a scopo traslazionale, se applicate a centri per lo studio e la cura dei disturbi del comportamento alimentare che non uguagliano il nostro grado di specializzazione clinica. Infatti dobbiamo tener presente che il nostro è un centro di terzo livello per la cura dei Disturbi del comportamento alimentare, di solito, le persone che cercano la nostra assistenza medica sono casi clinici più complessi.

La comorbidità di Asse II è riconosciuta come una tra le maggiori fonti di varianza per quel che concerne la prognosi per, in definitiva, la stragrande maggioranza dei disturbi psichiatrici di Asse I, non fa eccezione la Bulimia Nervosa, dunque, il nostro interesse non è solo speculativo ma trova un risvolto pratico abbastanza immediato.

Un'altro fattore chiave del nostro studio è il fatto che abbiamo utilizzato la SCID II come

mezzo diagnostico per indagare la patologia di Asse II. La validità della SCID II è riconosciuta a livello internazionale, questo strumento fa parte delle metodiche diagnostiche integrate del DSM-IV-TR.

Solo pochi studi precedenti sull'argomento hanno utilizzato questo strumento diagnostico sperimentale.

Nel nostro campione la comorbidità in Asse I esiste, tuttavia, la SCID II prescrive esplicitamente di escludere le possibili influenze di tali patologie nel momento in cui si va a diagnosticare la patologia di Asse II, occorre, cioè focalizzare l'attenzione solo sui tratti di personalità durevoli, che, è pur vero, sono influenzati dalla patologia di Asse I, essenzialmente dai Disturbi dell'Umore, ma solo per quel che riguarda la magnitudo dei singoli tratti, la patologia di Asse I di per sé non è in grado di creare o eliminare i tratti di personalità. Per quanto esposto in precedenza, ci sentiamo di affermare, con una certa sicurezza, che la comorbidità di Asse I non ha distorto in maniera significativa i nostri risultati. Inoltre, se avessimo escluso a priori i pazienti con un'anamnesi lifetime di altri disturbi psichiatrici di Asse I, la rappresentatività del nostro campione sarebbe stata molto minore, perché il campione stesso non avrebbe rappresentato fedelmente la popolazione dei pazienti bulimici che si incontrano nella realtà clinica; vale a dire, i pazienti affetti da Bulimia Nervosa hanno altre diagnosi di Asse I, più spesso di quanto non ne abbiano. Per prima cosa emerge dal nostro studio che nei pazienti bulimici la comorbidità di Asse II è la regola, infatti solo 3 pazienti non presentavano, al momento della valutazione, alcun Disturbo di Personalità, si trattava di circa il 3% del campione.

Questi dati si collocano al limite superiore del range di comorbidità di Asse II presente in letteratura; una possibile spiegazione di ciò consiste nel fatto che le pazienti reclutate appartengono a un gruppo più complesso di bulimiche.

In secondo luogo, abbiamo constatato che i Disturbi di Personalità di Cluster C sono più comuni che la contropartita di Cluster B e di Cluster A. È importante riconoscere che fra i pazienti con una comorbidità di Asse II appartenente ad un unico Cluster, l'appartenenza al Cluster C è molto più comune che quella al Cluster B e al Cluster A.

I Disturbi di Personalità di Cluster A non compaiono mai da soli, ma solo in presenza di almeno 2 altri Disturbi di Personalità, vale a dire sono, per così dire necessari, almeno 2 Disturbi di Personalità di Cluster C oppure 1 Disturbo di Personalità di Cluster B e 1 Disturbo di Personalità di Cluster C. È da notare che i due casi maggiormente compromessi mostravano la presenza di un Disturbo di Personalità di Cluster A: in particolare, per una paziente risultavano soddisfatti i criteri per ben 10 Disturbi di Personalità, 5 di Cluster C, 4 di Cluster B e 1 di Cluster A; l'altra paziente aveva 7 Disturbi

di Personalità, ovvero 4 di Cluster B, 1 di Cluster C e 1 di Cluster A.

È possibile supporre che tramite il follow-up in cui questo studio seguirà sarà possibile rispondere alla domanda se la diagnosi di Cluster A identifichi un sottogruppo di pazienti a cattiva prognosi oppure se i due casi descritti testè non siano altro che due configurazioni di patologie associate per effetto di altri fattori.

Volendo sintetizzare, il Cluster C rende conto del 55,2% della comorbidità di Asse II, il Cluster B del 14,6%, il Cluster A dell'7,3%, i Disturbi di Personalità Non altrimenti Specificati del 22,9%.

Tra i Disturbi di Personalità di Cluster C il più comune risultava il Disturbo ossessivo compulsivo, 39,7%, e il Disturbo Passivo-aggressivo, cioè il 20,5%, seguono il Disturbo Evitante con il 22%, infine il Disturbo Dipendente di Personalità 17,8% .

É da considerare che nel nostro studio erano presenti solo 9 Disturbi Borderline di Personalità: in accordo con M.Maj, il Disturbo Borderline di Personalità è una categoria diagnostica eterogenea, si tratta, con buona probabilità, di un disordine entro il quale la patologia timica riveste un ruolo non ancora del tutto caratterizzato; la nostra Scuola di medicina psichiatrica, è riconosciuto, può vantare una pratica sufficiente in campo di disturbi dell'Umore, dunque, una possibile spiegazione dell'alta prevalenza di Disturbo Depressivo di Personalità è che abbiamo raggiunto, in virtù della nostra esperienza e della nostra attenzione culturale, un'accuratezza diagnostica maggiore per quanto riguarda le diagnosi di Disturbo Depressivo di Personalità e di Disturbo Borderline di Personalità. É corretto sostenere che la comorbidità di Asse I abbia contaminato in qualche modo i nostri dati, tuttavia occorre considerare anche l'ipotesi che i disordini appartenenti al Cluster ansioso rappresentino una tendenza biologica che può essere, verosimilmente, compresa nel più ampio concetto di Spettro dei disturbi bipolari.

In definitiva, sapevamo che esisteva il rischio di bias derivante dalla comorbidità di Asse I, tuttavia, abbiamo deciso di correre il rischio perchè se avessimo escluso i pazienti con una storia lifetime di disturbi dell'umore ci saremmo trovati davanti a un campione meno rappresentativo delle pazienti bulimiche che si incontrano nella pratica clinica.

15,6% del totale dei Disturbi di Personalità individuati appartengono al Cluster B. Solo 4 pazienti avevano disordini personologici appartenenti al solo Cluster B, la grande maggioranza, infatti, avevano, in aggiunta, Disturbi di Personalità facenti riferimento ad altri Cluster, primariamente si trattava di Cluster C. il 60% dei Disturbi di Personalità di Cluster B erano Borderline.

I dati riportati sono in linea con i lavori precedenti sull'argomento.

Conclusioni e prospettive

La comorbilità personologica nelle pazienti bulimiche afferenti a un centro di terzo livello risulta collocarsi nella parte alta del range di risultati analoghi dedotti dalla letteratura.

Il nostro studio ridimensiona il peso della comorbilità di Cluster B dedotto dalla letteratura; ciò contribuisce, insieme a parte della letteratura, a mettere in crisi lo schematismo etiopatogenetico bulimiche impulsive, anoressiche compulsive.

La patologia di Cluster C risulta preponderante; anche il disturbo depressivo di personalità è ben documentato. Si potrebbe obiettare che il peso del cluster B sia ridimensionato per il fatto che abbiamo considerato la diagnosi di disturbo passivo-aggressivo e depressivo di personalità; a questa obiezione si risponde che la codiagnosi dei disturbi di personalità non è esclusa, dunque ciò non ha costituito, verosimilmente, una fonte significativa di errore.

Il fatto di aver considerato l'esistenza dei su citati disturbi non implica di escludere l'esistenza degli altri, siano essi di cluster b o di altro cluster.

A margine di quanto esposto in precedenza risulta auspicabile ridurre, e non aumentare, l'eterogeneità della diagnosi di disturbo borderline di personalità, nel senso che il fatto di aver eliminato la diagnosi di disturbo passivo-aggressivo e depressivo, è pur vero che non implica, ma neppure esclude, la possibilità che ciò avvenga nella pratica medica.

L'andamento della distribuzione delle diagnosi suggerisce un gradiente di complessità così schematizzabile. Cluster C-Cluster C + B-Cluster C+B+A. È auspicabile la verifica di questo fenomeno, che si riallaccia a fenomeni, e soprattutto dimostrazioni, analoghi. Se così fosse diagnosticare una patologia di cluster x potrebbe rappresentare una stima puntuale di rischio oppure un rischio cumulativo, oppure altra tipologia di rischio, oppure, niente di tutto ciò.

Bibliografia

Br J Psychiatry. 2009 July 15.

Instability of eating disorder diagnoses: prospective study

MILOS *et al.*

Am J Psychiatry 165:2, February 2008

DIAGNOSTIC CROSSOVER IN EATING DISORDERS

EDDY, DORER, FRANKO, ET AL.

Int J Eat Disord 2011

Personality Pathology in Purging Disorder and

Bulimia Nervosa

BROWN ET AL.

Am J Psychiatry 159:3, March 2002

Latent Structure of Eating Disorder Symptoms: A Factor Analytic and Taxometric Investigation

WILLIAMSON, WOMBLE, SMEETS, ET AL.

Am J Psychiatry 2001

Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II

DREW WESTEN AND JENNIFER HARNDEN-FISCHER

Compr Psychiatry. 2010 ; 51(1): 31–36.

Personality Dimensions in Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Obesity

Peterson *et al.*

Am. J. Hum. Genet. 2003

Significant Linkage on Chromosome 10p in Families with Bulimia Nervosa

Cynthia M. Bulik *et al.*

Am J Psychiatry 2003

The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism

Cynthia M. Bulik et al.

Am J Psychiatry 2009

Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders Scott J. Crow,

Am J Psychiatry 2009; 166:1331–1341)

The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One- Quarter Century of Research

Hans-Christoph Steinhausen et al.

Am J Psychiatry 2005

Postremission Predictors of Relapse in Women With Eating Disorders

Pamela K. Keel et al.

Arch Gen Psychiatry. 2000

The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women

Christopher G. Fairburn, et al

Am J Psychiatry 160:2, February 2003

From Giacometti to Botero: Images of Eating Disorders Under Investigation

KATHERINE A. HALMI

Adolesc Clin North Am. 2009

Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. Child

Mazzeo SE, Bulik CM.

Am J Psychiatry 162:4, April 2005

Symptom Fluctuation in Eating Disorders:Correlates of Diagnostic Crossover

TOZZI, THORNTON, KLUMP, ET AL.

Borderline Personality Disorder, Bulimia Nervosa, Antisocial Personality Disorder, ADHD, Substance Use: Common Threads, Common Treatment Needs, and the Nature of Impulsivity Tamika C. B. Zapolski, Regan E. Settles, Melissa A. Cyders, and Gregory T. Smith

Indep Pract. 2010 ; 30(1): 20–23.

Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for obsessive compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder

Grilo

Behaviour Research and Therapy 42 (2004) 57–65

Decision-making impairments in women with binge eating disorder

Jennifer Svaldi, Matthias Brand, Brunna Tuschen-Caffier

Appetite 54 (2010) 84–92

Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders

Elliot M. Goldner, U, Suja Srikameswarana, Marsha L. Schroeder, W. John Livesley C.

Laird Birmingham

Psychiatry Research 85 1999. 151]159

Dialectical Behavior Therapy for Clients with Binge-Eating Disorder or Bulimia Nervosa and Borderline

Personality Disorder

Eunice Y. Chen, Lauren Matthews, Charese Allen, Janice R. Kuo, Marsha Marie Linehan,

Int J Eat Disord 2008; 41:505–512

Complex personality disorder in bulimia nervosa

Sarah L. Rowea, Jenny Jordana, Virginia V.W. McIntosha, Frances A. Cartera, Chris

Frampton, Cynthia M. Bulikb, Peter R. Joyce

Comprehensive Psychiatry 51 (2010) 592–598

Bulimic Family Dynamics: Role of Parents' Personality—A Controlled Study With the Temperament and Character Inventory

S. Fassino, F. Amianto, G. Abbate Daga, P. Leombruni, L. Garzaro, M. Levi, and G.G.

Rovera

Comprehensive Psychiatry, Vol. 44, No. 1 (January/February), 2003

Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior

Myra Berkien • Anneke Louwerse • Frank Verhulst • Jan van der Ende

Eur Child Adolesc Psychiatry

Eat Weight Disord. 2000 Jun;5(2):52-61. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998.

Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. Z Kinder

Jugendpsychiatr Psychother. 2008 Mar;36(2):117-25.

Diagnostic of personality disorders in adolescence according to SCID-II. Salbach-Andrae

H, Bürger A, Klinkowski N, Lenz K, Pfeiffer E, Fydrich T, Lehmkuhl U.

Cognitive behaviour therapy for eating disorders: "transdiagnostic" theory and treatment

Christopher G. Fairburn , Zafra Cooper, Roz Shafran

Behaviour Research and Therapy 41 (2003) 509–528

Characterizing eating disorders in a personality disorders sample

Eunice Yu Chen Michael Sean McCloskey , Sara Michelson Kathryn Hope Gordon , Emil Coccaro

Psychiatry Research 185 (2011) 427–432

Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder

C. M. Grilo, R. M. Masheb

Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 183–188

Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype

Marija Brecelj Anderluh, Kate Tchanturia, Sophia Rabe-Hesketh, Janet Treasure,

Am J Psychiatry 2003; 160:242–247

Compulsive Exercise: The Role of Personality, Psychological Morbidity, and Disordered Eating

Huw Goodwin, BSc (Hons), Emma Haycraft, Anne-Marie Willis, Caroline Meyer,
Int J Eat Disord 2011; 44:655–660)

Cognitive dietary restraint is associated with eating behaviors, lifestyle practices, personality characteristics and menstrual irregularity in college women

Judy A. McLean, Susan I. Bar

Appetite 40 (2003) 185–192

Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling

Eva M. A'lvarez-Moyaa, Susana Jimenez-Murciaa,b,4, Roser Graneroc, Julio Vallejoa, Isabel Kruga, Cynthia M. Bulikd, Fernando Fernandez-Aranda

Comprehensive Psychiatry 48 (2007) 452–457

Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for obsessive compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder

C.M. Grilo

Behaviour Research and Therapy 42 (2004) 57–65

Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders

Mario Speranzaa,T, Maurice Corcosb, Gwenole'Loasc, Philippe Ste'phand, Olivier Guilbaudb, Fernando Perez-Diaze, Jean-Luc Venissef, Paul Bizouardg, Olivier Halfond, Martine Flamente, Philippe Jeammet

Psychiatry Research 135 (2005) 153–163

Compulsive Exercise: The Role of Personality, Psychological Morbidity, and Disordered Eating

Huw Goodwin, BSc (Hons), Emma Haycraft, Anne-Marie Willis, Caroline Meyer,
(*Int J Eat Disord* 2011; 44:655–660)

Complex personality disorder in bulimia nervosa

Sarah L. Rowea,*, Jenny Jordana, Virginia V.W. McIntosha, Frances A. Cartera, Chris Framptonb,

Cynthia M. Bulikb, Peter R. Joycea

Comprehensive Psychiatry 51 (2010) 592–598

Cognitive dietary restraint is associated with eating behaviors, lifestyle practices, personality characteristics and menstrual irregularity in college women

Judy A. McLean, Susan I. Barr

Appetite 40 (2003) 185–192

Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior

Myra Berkien • Anneke Louwerse • Frank Verhulst • Jan van der Ende

Eur Child Adolesc Psychiatry

Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype

Marija Brecelj Anderluh, Kate Tchanturia, Sophia Rabe-Hesketh, Janet Treasure

Am J Psychiatry 2003; 160:242–247

Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder

C. M. Grilo, R. M. Masheb

Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 183–188

Characterizing eating disorders in a personality disorders sample

Eunice Yu Chen Michael Sean McCloskey , Sara Michelson , Kathryn Hope Gordon , Emil Coccaro

Psychiatry Research 185 (2011) 427–432

Dysregulated Eating Behaviors in Borderline Personality Disorder: Are Rejection Sensitivity and Emotion

Dysregulation Linking Mechanisms?

Edward A. Selby, Anne C. Ward, Thomas E. Joiner Jr.,

Int J Eat Disord 2010; 43:667–670

Eating disorders and the practising physician

Michael Westwood MB , Franziska Baltzer

Eating disorders and personality: A methodological and empirical review

Lisa R.R. Lilenfeld Stephen Wonderlich , Lawrence P. Riso

Ross Crosby , James Mitchell

Clinical Psychology Review 26 (2006) 299– 320

Does Avoidant Personality Disorder Impact on the Outcome of Treatment for Bulimia Nervosa?

Sarah L. Rowe, Jennifer Jordan, Virginia V. W. McIntosh, Frances A. Carter, Chris

Frampton, Cynthia M. Bulik,

Peter R. Joyce,

Int J Eat Disord 2010; 43:420–427

Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality?

Araceli Núñez-Navarro¹, Zaida Agüera Isabel Krug, Susana Jiménez-Murcia, Isabel Sánchez

Noemí Araguz, Phillip Gorwood, Roser Granero, Eva Penelo, Andreas Karwautz⁶ Laura Moragas

Sandra Saldaña, Janet Treasure, José Manuel Menchón & Fernando Fernández-Aranda
Eur. Eat. Disorders Rev. 20 (2012) 23–31 © 2011

Do Eating Disorders Co-Occur with Personality Disorders? Comparison Groups Matter

Carlos M. Grilo, Charles A. Sanislow, Andrew E. Skodol, John G. Gunderson,

Robert L. Stout, M. Tracie Shea, Mary C. Zanarini,³ Donna S. Bender,

Leslie C. Morey,⁵ Ingrid R. Dyck,⁴ and Thomas H. McGlashan¹

Int J Eat Disord 33: 155–164, 2003

First do no harm: Iatrogenic Maintaining Factors in Anorexia Nervosa

Janet Treasure Anna Crane, Rebecca McKnight, Emmakate Buchanan & Melissa Wolfe

Eur. Eat. Disorders Rev. 19 (2011) 296–302 2011

Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review

Secondo Fassino, Andrea Pierò, Elena Tomba and Giovanni Abbate-Daga
BMC Psychiatry 2009, 9:67

Female students' disordered eating and the big five personality facets

Vance V. MacLaren, Lisa A. Best

Eating Behaviors 10 (2009) 192–195

Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects

Howard Steiger,

J Psychiatry Neurosci 2004;29(1):20-29

Eating-Disordered Behaviors and Personality Characteristics of High School Athletes and Nonathletes

Jayne A. Fulkerson, Pamela K. Keel, Gloria R. Leon, and Trevor Dorr*

Enhanced cortisol suppression in eating disorders with impulsive personality features

Marina Díaz-Marsá Jose L. Carrasco, Elena Basurte Jerónimo Sáiz , Juan J. López-Ibor , Eric Hollander

Psychiatry Research 158 (2008) 93–97

Eating Problems and Personality Traits. An Italian Pilot Study among 992 High School Students

European Eating Disorders Review

Eur. Eat. Disorders Rev. 15, 471–478 (2007)

Eating Disorders and Major Depression: Role of Anger and Personality

Abbate-Daga Giovanni, Gramaglia Carla, Marzola Enrica, Amianto Federico,

Zuccolin Maria, and Fassino Secondo

Depression Research and Treatment

Neurocognitive functioning in bulimia nervosa: the role of neuroendocrine, personality and clinical aspects

S. Galderisi P. Bucci L. Bellodi G. B. Cassano, P. Santonastaso, S. Erzegovesi

A. Favaro, M. Mauri P. Monteleone and M. Maj

Psychological Medicine (2011), 41, 839–848.

Five-Year Prospective Study of Personality Disorders in Adults with Longstanding Eating Disorders

KariAnne R. Vrabel, Øyvind Rø, Egil W. Martinsen, Asle Hoffart, Jan H. Rosenvinge,
Int J Eat Disord 2010; 43:22–28

Out of Control? Inhibition Processes in Eating Disorders from a Personality and Cognitive Perspective

Laurence Claes, James E. Mitchell, Walter Vandereycken,
Int J Eat Disord 2011; 00:000–000

Outcome of Anorexia Nervosa: Eating Attitudes, Personality, and Parental Bonding

Cynthia M. Bulik, Patrick F. Sullivan, Jennifer L. Fear, and Alison Pickering
Int J Eat Disord 28: 139–147, 2000

Methylphenidate Treatment for Bulimia Nervosa Associated with a Cluster B Personality Disorder

Mae S. Sokol, Nicola S. Gray, Amy Goldstein, and Walter H. Kaye
Int J Eat Disord 25: 233–237, 1999

Male Eating Disorder Patients With and Without Non-suicidal Self-injury: A Comparison of Psychopathological and Personality Features

Laurence Claes, Susana Jiménez-Murcia, Zaida Agüera, Rita Castro, Isabel Sánchez Jose Manuel Menchón & Fernando Fernández-Aranda
Eur. Eat. Disorders Rev. 2011

Management of Eating Disorders Evidence Report/Technology Assessment

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)

Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders

MARTIN AIGNER , JANET TREASURE , WALTER KAYE , SIEGFRIED KASPER &
THE WFSBP TASK FORCE ON EATING DISORDERS

The World Journal of Biological Psychiatry, 2011; 12: 400–443

General Psychopathology in Anorexia Nervosa: The Role of Psychosocial Factors

Clin. Psychol. Psychother. 17, 519–527 (2010)

Loss of control over eating in pre-adolescent youth: The role of attachment and self-esteem

Lien Goossens , Caroline Braet , Guy Bosmans , Veerle Decaluwé
Eating Behaviors 12 (2011) 289–295

Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem

Sandra Sassaroli , Marcello Gallucci , Giovanni Maria Ruggiero
J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 39 (2008)

Gender, eating behavior, and personality characteristics in physically active students

Einar Kjelso^o s, I Liv Berit Augestad
Scand J Med Sci Sports 2004; 14: 258–268

Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features

SUSANA JIMÉNEZ-MURCIA, FERNANDO FERNÁNDEZ-ARANDA, ROSA M. RAICH,
PINO ALONSO, ISABEL KRUG, NURIA JAURRIETA, EVA ÁLVAREZ-MOYA, JAVIER
LABAD, JOSE M. MENCHÓN, AND JULIO VALLEJO,
Psychiatry and Clinical Neurosciences (2007), 61, 385–391

Personality and eating disorders: A decade in review

Stephanie E. Cassin, Kristin M. von Ranson
Clinical Psychology Review 25 (2005) 895–916

Personality and Eating Behaviors: A Case–Control Study of Binge Eating Disorder

Caroline Davis, Robert D. Levitan, Jacqueline Carter, Allan S. Kaplan, Caroline Reid,
Claire Curtis, Karen Patte,
James L. Kennedy, MD
Int J Eat Disord 2008; 41:243–250

Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology?

Amianto F., Abbate-Daga G.:

Psychiatry Research 2011; 187: 401-408.

Personality dimension among women with an eating disorder: towards reconceptualizing DSM.

Tasca G.A., Demidenko N.:

. Wiley InterScience, 2009.

Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorder patients treated with cognitive behavior therapy

Dalla Grave R., Calugi S., Brambilla F., Marchesini G.:

Psychiatry Research 2008; 158: 381-388.

Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity

Peterson C.B., Thuras P., Ackard D.M., Berg K., Sandager N., Wonderlich S.A., Penderson M.W., Crow S.:

. Compr. Psychiatry 2010; 51(1): 31-36.

Personality disorder research agenda for the DSM-V.

Widiger T.A., Simonsen E., Krueger R., Livesley J., Verheul R.:

J. Pers. Disorder 2005 June; 19(3): 315-338.

Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood.

Johnson J.G., Cohen P., Kasen S., Brook J.S.:

Int. Eat. Disorder 2006; 39: 184-192.

Personality disorders among subjects recovered from eating disorders

Matsunaga H., Kaye W.H., McConaha C., Plotnicov K., Police C., Rao R.:

Int. J. Eat Disord 2000; 27: 353-357.

Personality disorders in 545 patients with eating disorders.

Godt K.:

Eur. Eat. Disorders Rew. 2008; 16: 94-99.

Personality disorders in patients with eating disorders in Japan.

Matsunaga H., Kiriike N., Nagata T., Yamagami S

Int. J. Eat. Disord 1998; 23: 399-408.

Personality factors and weight preoccupation: a continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders.

Davis C., Claridge G., Cerullo D.:

J. Psychiat. Res 1997; 31: 467-480.

: Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms.

Joiner T.E., Katz J., Heatherton T.

Int. J. Eat. Disord 2000; 27: 191-197.

Personality heterogeneity in female adolescent inpatients with features of eating disorders.

Hopwooda C., Ansellb E., Fehonb D., Grilob C.:

Comprehensive Psychiatry 2010; 51: 585–591.

Personality in men with eating disorders.

Woodside B., Bulik C., Thornton L., Klump K., Tozzi F., Fitcher M., Halmi K., Kaplan A.S., Strober M., Rotondo A., Mauri M., Cassano G.B., Keel P., Kaye W.H.:

Journal of Psychosomatic research 2004; 57: 273-278.

Personality, perfectionism and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders.

Woodside B., Bulik C., Halmi K., Fitcher M., Kaplan A., Berrettini W.H., Strober M., treasure J., Lilenfeld L., Klump K., Kaye W.H.:

Int. J. Eat. Disorders 2002; 31: 290-299.

Personality pathology and its influence on eating disorders

Sansone R.A., Sansone L.A.:

Innov. Clin. Neurosci. 2011; 8(3): 14-18.

Personality Pathology in purging disorder and bulimia nervosa

Brown T.A., Haedt-Matt A.A., Keel P.K.:

Int. J. Eat. Disord. 2011; 44: 735-734.

Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach.

Thompson-Brenner H., Eddy K.T., Satir D.A., Boisseau C.L., Westwn D.:

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2008; 49(2): 170-180.

Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ?

Wagner A., Frank G.K., Bailer U.F., Kaye W.:

Int. J. Eat. Disord. 2006; 39: 276-284.

Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating.

Elfhag K., Morey L.C.:

Eating Behaviors 2008; 9: 285-293.

Personality traits and eating disorders: mediating effects of self-esteem and perfectionism.

Borda mas M., avargues Navarro M.L., Lopez Jimenez A.M., Torres Perez I., Del Rio Sanchez C., Perz San Gregorio M.A.:

International Journal of Clinical and health Psychology 2011; 11(2): 205-227.

Personality traits and self-injurious behavior in patients with eating disorders.

Ahren-Moonga J., Holmgren S.:

European eating Disorders Review 2008; 16: 268-275.

Personality traits in overweight and obese women: associations with BMI and eating behaviors.

Provencher V., Begin C., Gagnon-Girouard M.P., Tremblay A., Boivin S.:

Eating Behaviors 2008; 9: 294–302.

Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients.

Vervae M., van Heeringen C., Audenaert K.

Comprehensive Psychiatry 2004; 45(1,January/February): 37-43.

Postremission predictors of relapse in women with eating disorders.

Keel P.K., Dorer D., Herzog D.B.:

Am. J. Psychiatry 2005; 162: 2263-2268.

Psychiatric, behavioral and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge eating disorder.

Becker D., Grilo C.:

Compr. Psychiatry 2010; 51(5): 531-537.

Personality differences between eating-disordered womwn and nonclinical comparison sample: a discrimination classification analysis.

Narduzzi K.J., Jackson T.

Journal of clinical Psychology 2000; 56(6): 699-710.

Psychobiology of borderline personality traits related to subtypes of eating disorders: a study of platelet MAO activity.

Diaz-Marsa M., Carrasco J.L., de Anta L., Molina R., saiz J., Cesar J.

Psychiatry Research 2011; 190: 287-290.

Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study.

Bjornelv S., Nordhal H.M., Holmen T.:

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011; 46:353–362.

Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: a review of research findings.

Peterson C., Mitchell J.:

J Clin Psychol 1999; 55: 685–697.

Purging disorder: psychopathology and treatment outcomes.

Tasca G.A., Maxwell H., Bone M., Trinneer A., Balfour L., Bissada H.:

Int. J. Eat Disord. 2012; 45:36–42.

Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of

anorexia nervosa in preadolescent girls.

Wick K., Brix C., Bormann B., Sowa M., Strauss B., Berger U.:

Preventive Medicine 2011; 52: 152–158.

Reconceptualizing personality pathology in DSM-V: limitations in evidence for eliminating dependent personality disorder and other DSM-IV syndromes

Bornstein R.:

Journal of Personality Disorders 2011; 25(2), 235–247.

Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: a latent profile analysis.

Krug I., Root T., Bulik C., Granero R., Penelo E., Jimenez-Murcia S., Fernandez-Aranda F.:

Psychiatry Research 2011; 188: 439–445.

Relationship among attachment styles, personality characteristics and disordered eating

Eggert J., Levendosky A., Klump K.:

Int. J. Eat. Disord 2007; 40:149–155.

Revisiting differences in individuals with bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa: eating pathology, personality and maltreatment

Bardone-Cone A., Maldonado C., Crosby R., Mitchell J., Wonderlich S., Joiner T., Crow S., Peterson C., Klein M., le Grange D.:

. Int. J. Eat. Disord 2008; 41: 697–704.

Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders

Rawal A., park R., Williams M.

Behaviour Research and Therapy 2010; 48: 851-859.

Self-esteem, personality and eating disorders: baseline assessment of a prospective

population-based cohort.

Gual P., Perez-Gaspar M., Martinez-Gonzalez M.A., Lahortiga F., Estevez J.:

Int. J. Eat. Disord. 2002; 31: 261-273.

Sensitivity to reward and punishment in eating disorders.

Harrison A., O'Brien N., Lopez C., Treasure J.:

Psychiatry Research 2010; 177: 1–11.

Serotonin function, personality traits variations and childhood abuse in women with bulimia spectrum eating disorders.

Streiger H., Gauvin L., Israel M., Yin Kin N., Young S., Roussin J.:

J. Clin. Psychiatry 2004; 65: 830-837.

Sweet and fat taste preference in obesity have different associations with personality and eating behavior.

Elfhag K., Erlanson-Albertsson C.:

Physiology & Behavior 2006; 88: 61–66.

: Symptoms fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover.

Tozzi F., Fitcher M., Kaplan A., Woodside D., Crow S., Mitchell J., Rotondo A., Mauri M., Cassano G.B., Keel P., Bulik C., et al.

Am. J. Psychiatry 2005; 162: 732–740.

Actas Esp Psiquiatr. 2000 Dec;28(8):29-36.

Role of personality in eating behavior disorders

.Díaz Marsá M, Carrasco Perera JL, Prieto López R, Sáiz Ruiz J.

Symptom severity and treatment of bulimic patients with and without a borderline personality disorder.

Zeeck A., Birindelli E., Sandholz A., Joos A., Herzog T.:

European Eating Disorders Review 2007; 15: 430-438.

.: Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II.

Krueger R., Skodol A., Livesley W.J., ShROUT P., Huang Y

Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2007; 16(1): 65–73.

Temperament and character in women with anorexia nervosa.

Klump K., Bulik C., Pollice C., Halmi K., et al.:

The Journal of Nervous and Mental Disease 2000; (188): 559-567.

The assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy.

Van Elzen C., Emmelkamp P.:

Behav. Res. Ther 1996; 34(8): 655-668.

The biology of binge eating.

Mathes W., Brownley K., Bulik C., et al.:

Appetite 2009; 52(3): 545-553.

The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10 year follow-up study.

Zanarini M., Reichman C., Reich B., et al.:

Int. J. Eat. Disord. 2010; 43(3):226-232.

The dark side of food addiction.

Parylak S., Koob G., Zorrilla E.:

Psychology & Behavior 2011; 104: 149-156.

The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters.

Fassino S., Amianto F., Abbate-Daga G.:

Comprehensive Psychiatry 2009; 50: 232–239.

The interaction of personality disorders and eating disorders: a two year psospective study of patients with longstanding eating disorders

Ro O., Martinsen E., Hoffart A., et al.:

. Int J Eat Disord 2005; 38:106–111.

The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders.

Grilo C., Sanislow C., Shea T., et al.:

Int J Eat Disord 2003; 34: 319–330.

The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder in individuals with eating disorders.

Halmi K., Tozzi F., crow S., Kaplan A., Keel P., Klump K., et al.:

Psychosomatic Medicine 68:99–103 (2006)

Investigation of the Serotonin Transporter Regulatory Region Polymorphism in Bulimia Nervosa: Relationships to Harm Avoidance, Nutritional Parameters, and Psychiatric Comorbidity

PALMIERO MONTELEONE, MD, PAOLO SANTONASTASO, MD, MAURO MAURI

Int. J. Eat Disord. 2005; 38:371–374.

The relationship between compulsive buying, eating disorder symptoms, and temperament

in a sample of female students.

Claes L., Mitchell J. Et al.:

Comprehensive Psychiatry 2011; 52: 50–55.

The relationship between personality traits and eating pathology in adolescent girls.

Silva A.:

Arch. Womens Ment. Health 2007; 10: 285–292.

Eat Weight Disord. 2000 Jun;5(2):52-61.

The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998.

Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. Z

Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2008 Mar;36(2):117-25.

Diagnostic of personality disorders in adolescence according to SCID-II

Salbach-Andrae H, Bürger A, Klinkowski N, Lenz K, Pfeiffer E, Fydrich T, Lehmkuhl U.

Int J Eating disord. 2007 May 40(4) 321-36

Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials.

Shapiro JR; Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM

Evid Rep Technol Asses 2006 Aprl 135 1-166

Management of eating disorders.

Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr KN, Sedway JA, Rooks A, Gartlener G.

Adv Ther 2006 May-Jun23(3) 481 94

Citalopram vs fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa : a single blind randomized controlled trial

Leobruni P, Amianto F, Delsedime N, Gramaglia C, Abate Daga G, Fassino S.

Hum Psychoph. 2006 Apr 21 3 181 8

A 12 to 24 weeks pilot study of sertraline treatment in obese women binge eaters

Leombruni P, Piero A, Brustolin A, Mondelli V, Campisi S, Marozio S, Abbate daga, fassino S.

Libri

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, American Psychiatric Pub, 4ª ed: 2000

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III R American Psychiatric Association

Psichiatria e Territorio 2008

Bulimia Nervosa: una guida pratica

M.Di Fiorino, Bruno Pacciardi